

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 302

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à 1 heures

Par RAYMOND SICARD,

Né à Saint-Pierre (Tarn), le 25 août 1865,

Ancien externe des hôpitaux,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INVERSION RÉCENTE PUERPÉRALE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
BAR et BRUN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

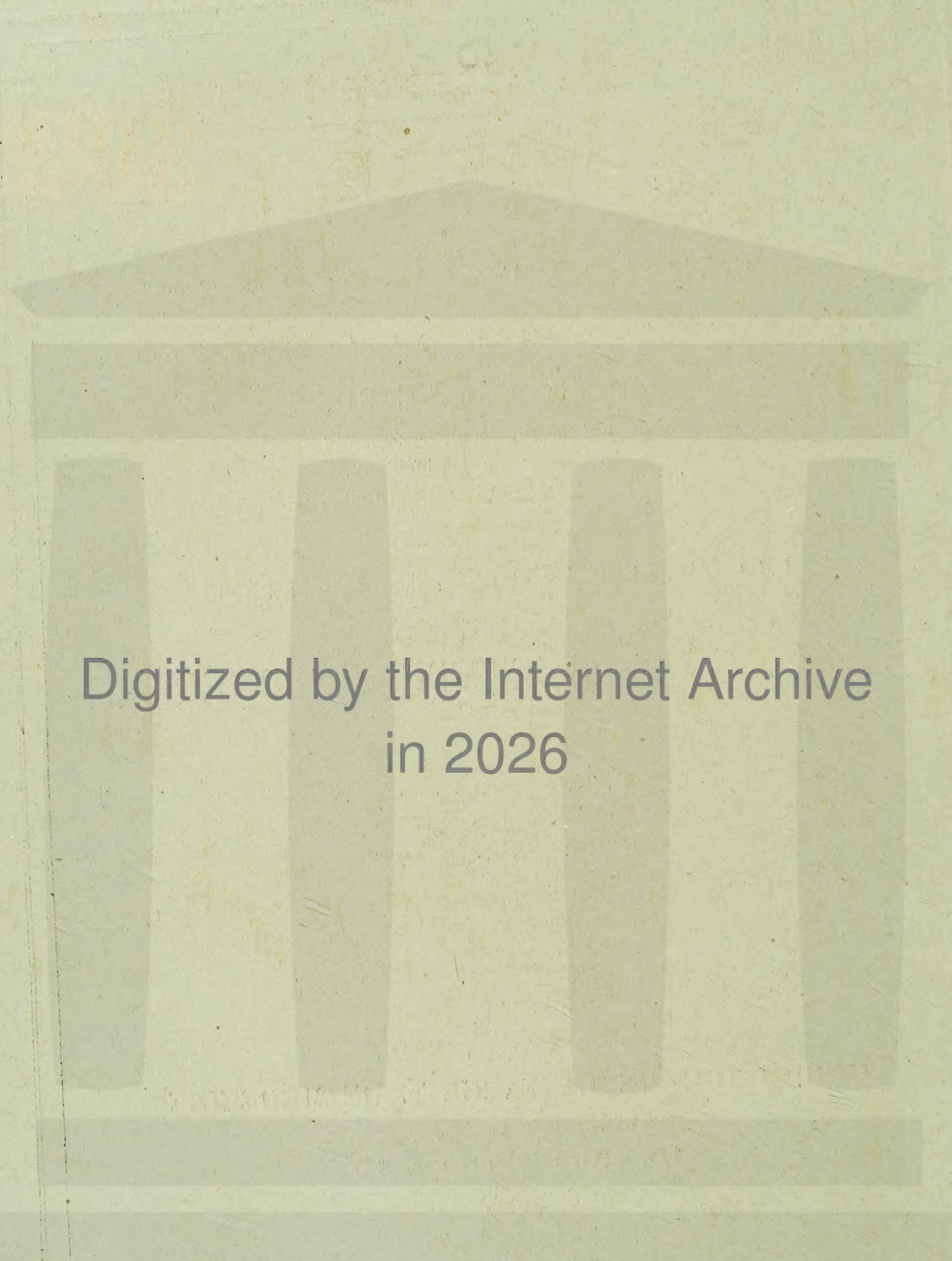
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0068

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o 302

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à 1 heures

Par RAYMOND SICARD,

Né à Saint-Pierre (Tarn), le 25 août 1863,

Ancien externe des hôpitaux,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INVERSION RÉCENTE PUERPÉRALE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. { PANAS, professeur.
BAR et BRUN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....			CH. RICHET.
Physiologie.....			GARIEL.
Physique médicale.....			GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....			BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....			BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....			DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....			DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....			LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....			CORNIL.
Histologie.....			MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....			TILIAUX.
Pharmacologie.....			POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....			HAYEM.
Hygiène.....			PROUST.
Médecine légale.....			BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....			STRAUS.
			SÉE (G.)
Clinique médicale.....			POTAIN.
			JACCOUD.
			PETER.
			GRANCHER.
Maladies des enfants.....			BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....			VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....			LE FORT.
			DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			LE DENTU.
			GUYON.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Clinique d'accouchement.....			TARNIER.
			PINARD.

Professeurs honoraires

MM. REGNAULD, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REITTERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESS.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE, A MON ONCLE.

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA SŒUR.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,
Professeur de clinique obstétricale,
Président de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORAK,
Chirurgien-accoucheur de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HORTELOUP,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRIEUX,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NETTER,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE,
Médecin des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELENS
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien-oculiste de l'hôpital Lariboisière.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGUENHEIM,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

On a désigné longtemps sous le nom de renversement, et plus ordinairement on désigne aujourd'hui sous le nom d'inversion, cet état de déplacement de l'utérus, dans lequel le fond de l'organe se déprime et s'enfonce dans sa propre cavité, en repliant graduellement ses parois, exactement comme le bout d'un doigt de gant qu'on retourne.

C'est cette affection ainsi définie, que nous nous proposons d'étudier. Nous avons eu l'occasion de recueillir une observation d'inversion utérine pendant un remplacement d'interne, que nous avons fait à la maternité de l'hôpital Lariboisière. Nous en avons relevé un cas analogue chez une malade du docteur L... Notre maître, le docteur Porak, sur les conseils duquel nous avons entrepris ce travail, a eu l'extrême obligeance de nous en communiquer un autre, également intéressant à plus d'un titre. A ces trois observations, nous en avons joint quelques autres, qui nous ont été très gracieusement cédées par nos maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux, ou que nous avons trouvées çà et là dans la littérature médicale. Nous n'avons réuni dans ce travail que des observations éparses, non consignées dans un travail d'ensemble.

Ces observations d'inversion utérine semblent prêter à des considérations du plus haut intérêt, tant au point de vue de la rareté du fait que par les considérations cliniques et pratiques qu'elles entraînent. Notre but n'étant pas d'exposer une étude didactique sur l'inversion en général, nous ne nous occuperons que de l'inversion récente, se produisant au moment de la délivrance, et surtout de son mécanisme et de son traitement.

L'inversion récente puerpérale est un fait relativement très rare. En compulsant les travaux originaux et les comptes rendus des sociétés savantes de 1876 jusqu'à ce jour, nous n'avons pu trouver qu'une quarantaine d'observations analogues aux nôtres. Crampton, de 1846 à 1885, en rapporte 224 cas, mais la plupart sont dus à d'autres causes ou sont incomplets. D'après Crosse, il se produirait une inversion sur 140.000 accouchements; d'après Beigel, 1 sur 190.000; d'après Reeves, 1 sur 140.000. M. Auvard la croit plus fréquente et donne un cas sur 10.000 accouchements. Sans admettre la grande fréquence que lui attribue M. Auvard, nous pensons que l'on a exagéré la rareté de cette affection, et nous croyons que l'on peut admettre un cas d'inversion pour 50.000 accouchements.

Nos recherches nous ont amené à constater, qu'il s'agit le plus souvent de jeunes parturientes de 20 à 30 ans, et dans la moitié des cas au moins, de primipares comme l'affirme Crampton. Néanmoins, on la rencontre souvent chez des femmes plus âgées et ayant

eu plusieurs grossesses. Chez une des malades que nous citons, l'inversion se produisit au septième accouchement (Milne-Murray).

Nous allons essayer de décrire l'inversion utérine et son traitement, d'après les données diverses de la science à l'heure actuelle. Nous nous appuierons sur de précieux documents disséminés dans les publications périodiques françaises et étrangères, que nous aurions voulu énumérer dans un index bibliographique, mais que nos instants mesurés nous empêchent de faire.

Nous passerons successivement en revue, l'histoire, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic de cette importante affection, et nous nous étendrons spécialement sur son mécanisme et sur son traitement.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir témoigner publiquement notre vive reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux.

Que notre cher maître, M. le docteur Porak, veuille bien agréer ici, avec tous nos remerciements pour l'excellent enseignement que nous avons trouvé dans son service obstétrical, l'assurance de notre entier dévouement,

M. le professeur Tarnier, en acceptant la présidence de cette thèse, nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix. Qu'il veuille bien recevoir avec l'expression de notre vive admiration pour l'éclat qu'il a

jeté sur la clinique française, l'assurance de notre sincère et profonde gratitude.

Que MM. les docteurs Netter, Charrin, Richardière, qui nous ont toujours témoigné le plus bienveillant intérêt, reçoivent ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous associons aussi dans ce tribut de reconnaissants hommages, nos autres maîtres de la Faculté et des hôpitaux, MM. Fernet, Labbé, Horteloup, Landrieux, Sevestre, Fournier.

Que MM. Delens et Gouguenheim reçoivent ici tous nos remerciements pour les savantes leçons que nous avons reçues d'eux, aux cliniques d'ophtalmologie, de laryngologie et d'otologie de l'hôpital Lariboisière.

Nous croirions manquer à notre devoir si nous n'adressions pas également des remerciements à notre ami le docteur Belin, pour le concours si précieux qu'il nous a prêté dans nos recherches bibliographiques.

HISTORIQUE

La connaissance de l'inversion utérine est de date fort ancienne. Hippocrate, dans son traité de la *Nature de la femme*, paraît l'avoir reconnue. Il s'exprime en ces termes : « Si la matrice est sortie complètement hors des parties génitales, elle pend comme un scrotum et ne veut plus rentrer. La douleur occupe le bas-ventre, les lombes, les aines. Cette maladie survient lorsque dans l'accouchement la femme éprouve des fatigues qui atteignent la matrice. » L'expression de scrotum semble se rapporter assez clairement à l'utérus inversé.

Après Hippocrate, Arétée de Cappadoce, vers le milieu du premier siècle de notre ère, signale deux causes d'inversion, l'une par relâchement des ligaments dans les accouchements laborieux ou opérés par la force, l'autre par adhérence extrême du placenta au fond de l'utérus.

Galien, dans une dissertation sur la *Faculté d'expulser et la faculté de retenir que possèdent certains organes*, donne une description assez claire de l'inversion. Il met en relief, par une comparaison très

pittoresque, une théorie physiologique de son mode de production.

Au moyen âge, les médecins arabes Rhazès et Avicenne commentent les traités anciens, et empruntent les traits principaux de leurs descriptions à Hippocrate, à Soranus, à Moschion, à Galien.

Au ^{xv}^e siècle, c'est-à-dire à la Renaissance, les idées des anciens sont encore graduellement reprises, et bientôt agrandies par les modernes. Benivenius, au ^{xv}^e siècle, Bérenger de Carpi, au ^{xvi}^e, rappellent et mettent à exécution le précepte de Soranus, d'amputer la matrice renversée lorsqu'elle est gangrenée.

La deuxième moitié du ^{xvi}^e siècle voit paraître le *Traité de chirurgie d'Ambroise Paré*, écrit en langue vulgaire, en français, ce qui fut une véritable révolution pour l'époque. Celui-ci décrit le véritable caractère anatomique de l'inversion de l'utérus : son renversement.

La grande école chirurgicale, si éminemment française, qui remplit le ^{xvii}^e et le ^{xviii}^e siècle jusqu'aux derniers jours de l'Académie de chirurgie, reprend l'étude de cette affection et met en lumière son étiologie, son diagnostic et son traitement.

Mauriceau découvre les lois du diagnostic différentiel entre le renversement et la chute de la matrice.

Levret, celles du diagnostic différentiel entre le renversement et les polypes.

Mauriceau découvre la dépression utérine ; Levret, Leroux et Baudelocque arrivent à la détermination exacte des autres variétés, et séparent pour la première

fois l'étude des inversions anciennes de celles des inversions récentes, qu'ils viennent d'arracher aux obscurités du passé.

Dans la première moitié du xix^e siècle, la question de l'inversion est restée en France dans une sorte d'obscurité mystérieuse. Elle était absolument négligée depuis Baudelocque. Le grand dispensateur de la science à cette époque, Dupuytren, la mentionne à peine, Boyer la condamne. L'école française, qui avait régné sans partage sur cette partie de la science pendant le xvii^e et le xviii^e siècle, cède le pas au xix^e à l'école anglaise d'abord, et plus tard à l'école anglo-américaine, qui jette sur la question une vive lumière, avec Hunter de Dumbarton, Denman, Clarke, Newnham, Windsor, Davies, Gooch, Crosse, Johnson, Mac-Clintock.

La seconde moitié devait voir la renaissance et l'épanouissement de l'école française, réveillée par la découverte de Valentin et plus tard par celle de la ligature élastique de Courty. Dans ces derniers temps, d'éminents chirurgiens et accoucheurs, français, anglais, américains ont éclairé le diagnostic, fouillé l'étiologie, créé presque de toutes pièces l'anatomie pathologique et porté leur principal effort sur le traitement. Nous citerons : Bothello, Barnes, Forget, Emmet, Sims, Tait, Thomas, Taylor, Weiss, Tarnier, Ribemont, Pozzi, Charpentier, Churchill et Leblond, Mac Coy, Decio Carlo, Demons, Perier, Lefort, Dumenil, Gibert.

Mais l'étude de l'inversion utérine, c'était plutôt l'étude,

de l'inversion chronique, se rapportant à des maladies de la matrice plutôt qu'à des cas d'inversion puerpérale, telle que nous la traitons dans notre travail.

Cette dernière a fait l'objet d'un mémoire de Depaul (1879), dont nous n'avons repris aucune observation, et d'un traité très important de Crampton, qui relève dans la littérature anglaise seulement, les cas de renversement, publiés de 1846 à 1885.

Dénucé, dans son traité remarquable de l'inversion de l'utérus, auquel nous avons fait de nombreux emprunts, en publie un certain nombre. Nous n'avons réuni dans ce travail que des observations éparses non consignées dans un travail d'ensemble; six d'entre elles sont inédites.

Nous avons également trouvé de précieux documents, disséminés dans les publications périodiques françaises et étrangères, surtout anglaises, américaines et italiennes, de ces dernières années.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'inversion utérine présente trois degrés principaux, qui ont été fixés par les auteurs du ^{xvii}^e et du ^{xviii}^e siècle. Ce travail auquel se rattachent les noms de Mauriceau, de Puzos, de Levret, de Sabatier, de Leroux, et de Baudelocque, nous a paru arrivé à un résultat à peu près définitif.

Dans la première moitié de ce siècle, toutefois, quelques chirurgiens, Gardier, Boivin et Dugès, Delpech, Colombat, ont cru devoir apporter quelques modifications à ces résultats, et proposer un quatrième degré qui consiste dans l'exagération même des signes du troisième, dont il ne serait qu'une subdivision. Nous nous en tiendrons aux trois degrés fixés par Baudelocque, et dont les limites anatomiques nous paraissent très nettes.

Le premier degré ou dépression utérine (Mauriceau) consiste dans l'enfoncement plus ou moins considérable du fond de la matrice. Le plus ordinairement cette dépression occupe d'abord la région placentaire, quelquefois une des cornes, elle est limitée par un bourrelet. La limite anatomique est l'orifice même du col, que la partie enfoncée peut atteindre mais qu'elle

ne dépasse point, s'arrêtant devant la résistance naturelle que cet orifice lui oppose. Ces inversions du premier degré, peuvent se transformer immédiatement ou quelques jours après en inversions du deuxième ou du troisième degré.

Le deuxième degré ou inversion incomplète de Puzos, Levret, Leroux, est celui dans lequel l'enfoncement du fond obéissant à une force supérieure, triomphe de la résistance du col, et amène ainsi le fond retourné à travers l'orifice du col jusque dans le vagin. Ce retournement du fond de la matrice à travers l'orifice du col, a pour obstacle à son renversement la tension des ligaments latéraux et surtout des ligaments ronds, aussi s'arrêtera-t-il forcément devant une nouvelle barrière, qui lui servira de limite anatomique. Cette limite a été indiquée par Baudelocque : c'est l'insertion du vagin autour du col.

La matrice ainsi retournée, forme du côté de la cavité abdominale, une vaste poche qui s'enfonce en entonnoir entre la vessie et le rectum, semblable au cul-de-sac recto-vésical de l'homme, profondément exagéré. Cette poche contient les ligaments larges, les trompes, les ovaires, quelquefois des anses intestinales et même la vessie.

La surface intra-utérine devenue extérieure, est en contact avec le vagin, ou vient faire hernie à la vulve. Elle est rouge, villeuse, donnant du sang à flots, déchiquetée, et peut être prise pour une portion dilacérée du placenta, et arrachée comme telle par des mains inhabiles.

Le troisième degré ou inversion complète, est celui dans lequel le renversement, ayant atteint sa limite infranchissable, si une violente traction est exercée, le vagin lui-même est entraîné et suit l'utérus en s'inversant à son tour. La tumeur expulsée vient faire saillie au dehors entre les cuisses et contient de bas en haut la matrice retournée, son col réduit à un anneau saillant, puis un pédicule plus ou moins long formé par le vagin retourné en partie ou en totalité. La limite anatomique de ce renversement est l'insertion même du vagin à l'entrée de la vulve. C'est Levret qui a fixé dans une observation célèbre cette limite.

Ce degré est rarement atteint, cependant, parmi les observations que nous rapportons, il y en a six qui étaient du troisième degré.

D'après Denucé, cette participation de l'inversion du vagin est caractéristique de ce troisième degré, que l'on pourrait appeler l'inversion intra-vaginale, par opposition au deuxième degré, auquel resterait le nom d'inversion utérine.

Les chirurgiens anglais qui ont tant fait dans notre époque pour l'histoire de la maladie qui nous occupe, ne me paraissent pas avoir donné une précision suffisante à ces différents degrés. Un des auteurs les plus classiques, Crosse (an essay Litterary and pratical on inversio uteri 1847), admet aussi trois degrés qui diffèrent un peu de ceux que nous venons d'établir. Ce sont :

La dépression. — Le fond fait saillie dans la cavité utérine.

L'introversion ou Intususception. — Le fond arrive au niveau de l'orifice utérin.

La perversion. — Le fond traverse l'orifice. Cette forme présente elle-même des degrés. Dans les cas extrêmes, le col et l'orifice sont retournés.

Cette division est moins pratiquée que celle des auteurs français. Les deux premiers degrés de Crosse, ne sont que des nuances extrêmes de la dépression,

Le dernier degré offre au contraire deux états très distincts : l'un dans lequel le col garde sa position normale, l'autre dans lequel il est retourné ou effacé, ces deux états nous paraissent deux faits fort différents au point de vue anatomique et pathologique, et forment nos deuxième et troisième degrés.

La participation du segment cervical au renversement a été niée par certains auteurs : elle existe dans cinq de nos observations. Cleveland l'a nettement sentie, nous-même l'avons constatée sur notre cas personnel, et sur une malade qui est venue mourir à la maternité de Lariboisière (observation Porak). M. Bar dans l'observation qu'il a bien voulu nous céder, note une inversion complète. Tarnier, Allen, Schmalfüs, Gothembourg, ont également constaté un renversement total de la matrice. Ces nombreux exemples sembleraient indiquer que l'inversion au troisième degré est moins rare qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

Le tissu utérin peut être recouvert par le placenta, qui lui adhère très fortement (obs. Porak, personnelle). Il est quelquefois fort difficile de le distinguer et il

peut même faire corps avec l'utérus (Cleveland). Ce n'est donc que par un examen très attentif du pédicule que l'on peut faire le diagnostic de cette circonstance, et même chez la parturiente cet examen est rendu fort difficile en raison des douleurs extrêmement vives qu'il provoque, de la tendance à la syncope, de la présence des caillots, et du sang qui s'échappe à flots. On peut donc rester dans le doute pendant un certain temps : ce moment d'hésitation est extrêmement préjudiciable au succès de l'intervention.

Le placenta peut ne s'insérer que sur une partie de la tumeur ; il est alors facile à reconnaître, il n'en est point de même quand il présente, comme dans plusieurs de nos observations, des dimensions considérables, et des insertions à toute la surface muqueuse.

La tumeur à l'examen présente les caractères classiques de la face muqueuse de l'utérus gravide ; parfois on peut y reconnaître l'orifice de l'origine des trompes, qui laisse pénétrer une soie de sanglier (Cazin). Dans les cas anciens, devenus chroniques, la tumeur présente des altérations décrites dans tous les traités classiques de gynécologie, nous ne nous y arrêterons pas.

L'examen du cordon présente un intérêt tout spécial, il permet de constater si des tractions ont été opérées, et d'évaluer jusqu'à un certain point le degré de force qu'on a employée. Sa brièveté sera une condition étiologique déterminante assez importante (Allen).

ÉTIOLOGIE. — MÉCANISME.

L'inversion récente puerpérale est un fait relativement très rare. D'après Beigel on en trouverait un cas sur 190.000 accouchements ; d'après Crosse, 1 cas sur 140.000 ; d'après Rieves, 1 cas sur 140.000. M. Auvard la croit plus fréquente et donne 1 cas sur 10.000 accouchements.

Il s'agit très souvent de primipares, et presque toujours de femmes dont la grossesse est à terme. On l'a pourtant rencontrée quelquefois dans l'accouchement prématuré. Leblanc, Brady, Brown, en citent plusieurs cas.

L'inertie utérine nous paraît être une condition indispensable à la production de l'inversion aigüe. Sous l'influence de cette atonie de l'organe, il se produit une parésie, ou une paralysie partielle, généralement au niveau de la zone d'insertion du placenta. Crampton a attiré l'attention sur certaines considérations physiologiques inhérentes au muscle utérin. Il soutient qu'il est nécessaire que le muscle soit parésié, et d'après cet auteur, cette parésie surviendrait d'autant plus aisément qu'il s'agit le plus souvent de primipares (88/170) chez qui l'émotion et l'appréhension d'un pre-

mier accouchement provoqueraient un état nerveux spécial. Il est certain, en effet, qu'il se produit immédiatement après la sortie du fœtus, un arrêt de la puissance contractile de la matrice, un temps d'inertie, favorisant au plus haut la dépression du fond de l'organe et consécutivement son renversement complet ou incomplet. Cette inertie nous la trouvons dans presque toutes nos observations. Elle paraît être due, soit à la longueur du travail qui a épuisé la malade, soit au volume du fœtus, soit à une trop grande quantité de liquide amniotique. La fibre musculaire, d'après Mac Coy, distendue par une de ces causes, serait incapable de réagir, elle s'affaîsserait en certains points, soit au niveau du fond de l'utérus ou bien à l'une de ses cornes. Il y aurait invagination, d'une partie de l'organe, et renversement partiel. Ce dernier serait complété par des causes mécaniques telles que les tractions intempestives sur le cordon dans les cas d'adhérence du placenta ou des membranes, les contractions abdominales énergiques, ou l'expression utérine. Enfin l'école anglaise attribue l'inversion aux contractions spasmodiques irrégulières de l'utérus, qui avalerait pour ainsi dire la partie parésiée qui vient faire hernie dans la cavité de l'organe.

Parmi les causes déterminantes nous devons placer en premier lieu les tractions exercées sur le fond de la matrice par sa face interne. La plus importante de toutes, c'est le tiraillement intempestif et maladroit exercé sur le cordon. C'est là le fait saillant que nous relevons dans certaines de nos observations. Cette

action exercée par une force extérieure est absolument identique à celle de certaines tumeurs de l'utérus qui, agissant par leur propre poids, produisent l'inversion de cet organe parésié ou atteint de dégénérescence graisseuse.

Il est facile de comprendre en effet, comme nous le verrons plus loin, qu'immédiatement après l'accouchement, l'utérus se trouvant mou et flasque, son fond se laisse déprimer en cul de bouteille, suivant l'expression de Mauriceau, et qu'il suffise alors d'une traction intempestive pour l'entraîner et le retourner comme un doigt de gant.

Lorsque le cordon est naturellement court, ou rendu court par son enroulement autour du fœtus, l'expulsion de ce dernier transmet par l'intermédiaire du cordon et du placenta une traction sur le fond de l'utérus, traction qui peut être assez énergique pour déterminer le renversement incomplet quelquefois complet (observation Allen). Un cas semblable a été signalé par King. Dans bien des cas cependant le cordon a été trouvé très court, sans qu'il y ait eu pour cela renversement.

Quelquefois le cordon, soit parce qu'il est mince ou fragile, soit parce que les tractions ont été trop violentes, se brise entre les mains de l'accoucheur. Dans ce cas on est obligé d'aller avec les mains à la recherche du placenta, et de le décoller. Ce dernier est parfois très adhérent, et la main, qui a été introduite dans l'utérus sent le renversement de l'organe se produire à mesure qu'elle sort (observations Maygrier-Auvard).

Les adhérences anormales du placenta ont aussi une grande importance étiologique. Nous les trouvons signalées dans presque toutes nos observations. Ces adhérences sont parfois extrêmes. Dans un cas que nous rapportons, il n'a pas été possible à Cleveland, l'utérus inversé et pendant hors de la vulve, de distinguer le tissu placentaire du tissu utérin. Dans une observation de M. Porak, ce n'est qu'au prix de grands efforts qu'on est arrivé à détacher le placenta.

L'adhérence des membranes est parfois très grande, et dans l'observation de M. Maygrier elle a vraisemblablement complété le renversement de l'utérus.

Outre les adhérences anormales du placenta, l'inversion de la matrice, ou tout au moins la dépression de son fond (premier stade) peut être facilitée par l'insertion placentaire au fond de l'organe.

Tel était déjà l'avis de Mauriceau et des accoucheurs français de son époque. Cette particularité est également relevée dans trois de nos observations (Porak-Cleveland, Mac Coy). Le point n'est pas admis par tous les auteurs. Dans une discussion soulevée à ce sujet à la Société obstétricale de New-York en 1890, Buckmaster nia complètement l'insertion du placenta au fond de l'utérus ; il prétendit que l'insertion à l'une des cornes, la faisait fléchir et que le reste du fond de l'organe ne se retournait que consécutivement, en suivant le mouvement commencé. Grandin et un certain nombre d'accoucheurs anglais ou américains refusent toute influence à la situation du placenta

dans la matrice. Cleveland considère, au contraire, l'insertion du fond comme éminemment favorable.

Dans un second ordre de causes déterminantes, nous trouvons les pressions exercées sur le fond de l'utérus par sa face externe.

L'utérus transformé par la grossesse en un organe à parois minces, est susceptible de céder devant la poussée abdominale et de former ainsi une sorte de hernie dont la poche utérine repoussée et retournée serait le sac. Il est facile de comprendre en effet qu'au moment de l'expulsion du fœtus, il se fait un vide virtuel entre le corps de l'enfant et les parois de la matrice vide que tendent incessamment à combler les contractions abdominales qui poussent la masse intestinale contre ces parois. Telle était déjà l'opinion de Galien, plus tard de Puzos, d'Astruc, de Leroux.

Ces inversions se produisent pendant l'accouchement au moment même de l'expulsion du fœtus, et sans traction sur le placenta. Elles ont été appelées inversions spontanées. Elles paraissent se montrer dans deux circonstances bien définies. En premier lieu elles surviendraient à la suite d'un effort violent de la malade ou d'une contraction abdominale légère qui peut passer quelquefois inaperçue, en second lieu elles se produiraient quand la matrice est en état de contraction active ou spasmodique.

Ces inversions ont été niées par certains auteurs. Elles existent pourtant d'après Mac-Coy, Crampton, Rokitansky, Duncan, Maygrier, Bar.

Mac-Coy dit que 14/100 des cas d'inversion rapportés ont suivi spontanément, l'expulsion spontanée du placenta, et il ajoute qu'il y en aurait beaucoup plus si la méthode d'expectation avait été suivie. Nous avons pu en recueillir quatre cas (observations Tarnier, Maygrier, Auvaré, Mac-Coy).

La condition indispensable pour la production spontanée d'une inversion, est l'inertie utérine, cause que nous avons trouvée d'ailleurs dans les renversements paraissant provenir de tractions immodérées sur le cordon. L'inertie survient chez les personnes faibles, délicates, chez celles qui ont les parois de la matrice très minces, qui ont eu beaucoup d'enfants, ou des pertes de sang très abondantes ou des maladies chroniques. On la constate aussi chez les primipares pour lesquelles l'émotion et l'appréhension d'un premier accouchement amènent un état nerveux spécial. Elle se produit en outre chez les accouchées qui ont eu une distension exagérée de la matrice, dans les cas d'hydramnios, de grossesse gémellaire, ou de gros enfants (observation Maygrier). Dans ces cas, les contractions utérines sont remplacées par les contractions volontaires des muscles abdominaux.

Outre l'inertie générale de l'utérus, il peut exister des inerties partielles de l'organe, qui par un mécanisme spécial concourent à la formation de l'inversion. Nous les décrirons tout à l'heure, car elles paraissent être le point de départ de tous les renversements utérins.

En second lieu, l'inversion que l'on a appelée spon-

tanée se produit pendant les contractions actives, spasmodiques, irrégulières, de l'organe de la gestation, signalées et décrites par Astruc. D'après cet auteur et avec lui Crosse, Taylor, Paul Dubois, Galen, Walter, Denmann, Mac Coy, Maygrier, Radfort, Ribemont, Porak, la contraction utérine jouerait le principal rôle, peut-être même le rôle exclusif dans la production des inversions aiguës. Il se produirait des contractions irrégulières et convulsives du fond de l'utérus coexistant avec le relâchement du col. En résumé, il y aurait excitation et contractilité spasmodique ou irrégulière du fond de l'organe, relâchement concomitant du segment inférieur, et inversion du corps de l'utérus sous l'influence de ces contractions actives et inégales.

Dénucé et d'autres auteurs n'admettent pas ce mécanisme de l'inversion spontanée, ils disent que le muscle utérin a besoin d'une impulsion pour que son fond s'invagine, et que les contractions de l'organe ont besoin des pressions abdominales. D'un autre côté, nous savons que le muscle étant parésié, son fond se relâche et vient faire hernie dans la cavité, et cela pensons-nous sans qu'il soit besoin d'une impulsion, par les seules forces de la pesanteur. Une fois invaginé, il serait pour ainsi dire avalé par la partie de l'organe située au dessous.

M. Ribémont, dans sa thèse d'agrégation, signale l'expression placentaire comme une cause pouvant amener quelquefois l'inversion. Johnston, Sinclair, Schnorr ont vu se produire cet accident que l'on

croyait pouvoir attribuer jusqu'alors aux tractions immodérées sur le cordon. M. Ribémont en donne deux observations :

En terminant ce tableau étiologique, nous signalerons certaines causes prédisposantes, qui peuvent préparer les inversions ou les rendre possibles.

Ce sont : les tempéraments faibles, débiles, lymphatiques ou les tempéraments affaiblis et rendus anémiques par de longues maladies, des pertes de sang, qui peuvent contribuer à produire l'inertie primitive de la matrice et conduisent à l'inversion.

Dans un autre ordre d'idées, l'induration du col, l'étroitesse du vagin, l'obésité, les rétrécissements du bassin, la déformation des os qui les composent, les positions vicieuses du fœtus : toutes les causes en un mot qui rendent l'accouchement pénible et laborieux : on a cité également les caractères violents et indociles. Enfin, une première inversion produite dans un accouchement antérieur, semble ouvrir la porte à de nouvelles inversions dans les accouchements suivants.

Parmi tous ces facteurs on a mis au premier plan les tractions intempestives exercées sur le cordon, ou toute cause agissant de la même façon.

L'inversion est-elle due à une cause mécanique, à la traction intempestive sur la face interne de l'utérus, par l'intermédiaire du cordon et du placenta ? Les opinions sont partagées à ce sujet. Un certain nombre d'éminents accoucheurs français ont soutenu que cela suffisait.

M. Ribémont dit, dans sa thèse d'agrégation, que quand le placenta est adhérent, les tractions amènent inévitablement l'inversion, il ajoute pourtant qu'il y a des inversions spontanées. Reeves, Cleveland, Buckmaster attribuent le rôle prépondérant à la traction, ce dernier signale comme condition éminemment propice l'insertion du placenta dans une des cornes de l'utérus. Parvin, *In the American system of obstetrics*, attribue le renversement à deux causes : la traction et l'expression utérine. C'est aussi l'avis de M. Porak.

L'école anglo-américaine, ainsi que plusieurs éminents accoucheurs français, ont soutenu une théorie contraire, qui nous paraît expliquer d'une façon plus satisfaisante le mécanisme des inversions, qu'elles soient spontanées ou qu'elles paraissent dues à des causes mécaniques.

Grandin, attribue le principal rôle à la parésie du muscle, Galen, aux contractions actives de la matrice.

Mac Coy dit dans *American journal of obstetrics* : « la traction du cordon ne produit pas l'inversion, elle ne fait que la compléter quand elle est commencée. Le renversement est précédé par la parésie d'une portion des parois. Cette parésie, dans les cas les plus fréquents serait le résultat de la distension trop exagérée des fibres musculaires et ne serait pas strictement gouvernée par la localisation de l'attache du placenta. »

Pour Emmet, la traction dans le plus grand nombre des cas serait nulle. Si cette dernière était cause de l'acci-

dent, celui-ci ne serait pas si rare et se produirait fréquemment puisque la majorité des praticiens tirent sur le cordon.

Pour Rokitansky et Duncan, la condition indispensable est d'abord l'inertie utérine. Il y a paralysie de la région placentaire qui s'invagine par les contractions des parties environnantes, et si on fait des tractions, l'inversion peut se compléter.

Crampton cite Smith et Taylor qui nieraient l'influence de la traction ; pour lui, celle-ci peut produire le prolapsus, mais ne produira jamais seule l'inversion, il faut qu'il y ait au préalable paralysie de la zone placentaire, jointe à des contractions abdominales ou peut-être à des contractions irrégulières de la matrice. L'invagination commencera par la région parésinée. C'est aussi l'avis de M. Auvard.

Winckel attribue l'inversion à la paralysie de la région où s'attache le placenta.

Après avoir passé en revue les opinions diverses ou contraires professées par des maîtres éminents, nous n'avons nullement l'intention de trancher la question. Nous nous proposons seulement de décrire, en quelques lignes, le mécanisme qui nous paraît le mieux expliquer la production de l'inversion spontanée ou de l'inversion paraissant due à des causes mécaniques.

Il faut tenir compte de deux faits dans la délivrance. Tout d'abord, la surface utérine placentaire doit se rétracter aussi régulièrement que le reste de la matrice, au moment de la sortie du décollement de l'arrière-faix, sans quoi cette portion dilatée forme l'ar-

rière-loge d'un enchatonnement placentaire. Or, ce défaut de rétraction de la surface utérine placentaire, soit par inertie, soit par raréfaction du tissu musculaire existe réellement ; c'est ce qui se trouve démontré de façon très nette par la pièce de la clinique d'accouchement de Nancy, décrite dans la thèse de Bubendorf (1886). En second lieu, le vide que laisse derrière lui le placenta, doit être immédiatement comblé par le retrait total et simultané de tout l'utérus.

Il nous semble que ces deux facteurs doivent jouer un rôle dans la production de l'inversion utérine de la façon suivante :

La matrice est en état d'inertie, il y a une paralysie ou parésie d'une partie des parois, généralement au niveau de la région placentaire ou de l'une des cornes. Cette région placentaire affaiblie peut, même dans les cas où le décollement du délivre n'a présenté aucune anomalie, se laisser entraîner par l'effet de la parésie ou du vide créé par l'éloignement du placenta qui agit à la façon d'un piston dans le corps d'une pompe. Il y a invagination du fond de l'utérus, qui vient faire hernie dans sa cavité. Ce premier stade du renversement se produit ou bien sous l'influence de la poussée abdominale, qui vient former une sorte de hernie dont la poche utérine repoussée et retournée serait le sac, ou bien par des tractions intempestives, ou bien spontanément ou du moins sans cause appréciable. Il est, d'ailleurs possible, que ce que l'on appelle inversion spontanée soit dû à une légère poussée abdominale passée inaperçue.

Si, à ce moment, le reste de l'organe est en voie de se contracter d'une façon spasmodique et irrégulière, la portion invaginée, serait pour ainsi dire saisie et avalée par un mouvement automatique analogue à celui de la déglutition (Pozzi).

L'inertie de l'utérus est-elle complète, tout l'organe peut se renverser à la suite du placenta, sur lequel on a fait de violentes tractions par l'intermédiaire du cordon, et on a alors le troisième degré d'inversion ou inversion complète.

Les caillots qui s'accumulent habituellement dans la cavité utérine sous l'influence de l'inertie constituent peut-être, par le soutien qu'ils offrent au globe utérin, le moyen le plus sûr qu'oppose la nature à la production de cet accident.

L'inertie est-elle partielle, localisée à la région placentaire, l'inversion ne sera que partielle, une partie se laissant seule entraîner, ce sera l'inversion du second degré.

Le renversement de l'utérus est un fait très rare, et grave chez la femme, il n'en est pas de même chez les femelles domestiques.

Chez la vache, c'est une complication très fréquente de la parturition, et elle est sans gravité. La disposition anatomique de l'utérus chez les animaux paraît être la cause de ces différences. Chez la vache, cet organe qui a deux cornes, est placé horizontalement dans la cavité abdominale et suspendu à son intérieur par un ligament large qui permet même la torsion. La gestation se fait dans une des cornes, et lorsque l'inversion se

produit elle a lieu dans la corne qui portait le fœtus. Le placenta adhère à l'utérus par des cotylédons qui permettent une séparation facile de cette membrane.

Lorsque l'organe s'inverse, il devient d'un volume considérable, et pour faire la réduction on opère de la façon suivante : l'utérus est lavé avec grand soin, puis comprimé avec une bande de toile. On procède à l'aide de pressions successives. Lorsque son volume est suffisamment diminué, on pratique la réduction en faisant d'abord rentrer la base de la tumeur, pour terminer par la partie la plus éloignée du vagin. Les hémorrhagies sont rares, la faiblesse est due plutôt au choc. L'inertie utérine paraît être la vraie cause de l'inversion, et les tractions sur le cordon ne produisent pas le renversement. La grande difficulté de la réduction est causée par la congestion des tissus.

D'après M. Weber lorsque le placenta est très adhérent chez la vache, celle-ci se livre à des efforts violents pour se débarrasser, et c'est pour lui la cause de l'inversion.

Chez la jument, cet accident est plus rare, mais plus grave que chez la vache.

Chez la chienne, les placentas sont multiples et on ne redoute pas les hémorrhagies.

SYMPTOMES

Les signes de l'inversion récente puerpérale diffèrent suivant que le processus est brusque ou subit, ou lent et progressif, et que l'on se trouve en présence d'un renversement incomplet ou complet de l'organe.

On a distingué trois degrés dans le renversement de l'utérus. Les deux premiers, forment le renversement incomplet, le troisième le renversement complet.

L'inversion récente du premier degré donne au palper abdominal, au lieu d'un globe arrondi, une surface tronquée présentant en son milieu, une légère dépression en forme de cul-de-fiole (Mauriceau), ou cul-de-lampe (Baudelocque), et entourée d'un bourrelet saillant presque tranchant, facilement appréciable à travers la paroi abdominale (Mauriceau, Levret).

En pratiquant le toucher vaginal, on distingue entre les lèvres du col, quand celui-ci est encore dilaté, une surface convexe souvent rugueuse quand elle correspond à l'insertion placentaire, et qui s'évase en s'élevant.

Les symptômes généraux qui accompagnent cet état sont ordinairement des hémorrhagies, des menaces de syncopes, des douleurs ventrales ou lombaires.

Très souvent les dépressions dont nous venons de parler ne sont que la première étape des inversions du deuxième degré. Le passage des unes aux autres se fait même parfois sous l'œil et sous la main du chirurgien (Voir les observations de MM. Maygrier, Auvard, Mac Coy.)

Dailliez, élève de Baudelocque, a admirablement décrit les transformations que subit alors l'utérus. Le fond de cet organe franchit le col et commence à poindre dans le vagin. La main appliquée au dessus du pubis, plonge comme dans une fosse (Baudelocque). Du côté du vagin, la main circonscrit une tumeur arrondie, volumineuse, à peine pédiculée, qui émerge entre les lèvres élargies du col. Un effort de plus et l'utérus retourné fait irruption à l'extérieur. Souvent en effet la démarcation entre le deuxième et le troisième degré est bien difficile à saisir (Voir observations).

Mais où est la limite anatomique de ce second degré d'inversion ? A Baudelocque revient le mérite de l'avoir trouvée, d'après cet auteur ce serait la partie du col, située au dessous de l'insertion du vagin au museau de tanche. Elle formerait un bourrelet parfois peu saillant, entourant en forme de bague ou d'anneau, le pédicule de la tumeur. Celle-ci est en général intravaginale. C'est à cette forme que doivent être rattachés la plupart des renversements observés pendant l'accouchement, chez des femmes jeunes et qui n'ont pas été soumises à des manœuvres trop violentes (Voir observations de MM. Bar, Maygrier, Auvard, Mac Coy, Loviot, Arbruckle).

La surface de la tumeur est rouge, saignante, parfois recouverte en partie par le placenta qui est très adhérent (Obs. personnelle, Bar, Cleveland, Schmalfüss, Loviot, Porak.) Elle devient le siège d'une hémorrhagie souvent foudroyante, au moment où le placenta se sépare. Certains auteurs ont dit, à ce sujet, qu'il ne fallait pas décoller le placenta avant d'avoir réduit la tumeur, d'autres au contraire affirment la parfaite innocuité du décollement placentaire avant la réduction. Les symptômes généraux seront décrits avec l'inversion complète.

Celle-ci forme le troisième degré. Elle a été niée par certains auteurs (Baudelocque). Elle existe pourtant dans certaines de nos observations, et a été reconnue par Cleveland, Porak, Milne Murray, Gothembourg, Schmalfüss ; elle existait aussi dans notre observation personnelle. Elle se produit quand la matrice présente de l'inertie, et qu'on a exercé de violentes tractions sur le cordon. Elle est caractérisée par le renversement non seulement du corps, mais encore du col lui-même, c'est-à-dire que la matrice retournée entraîne à sa suite le col retourné.

Ce degré de renversement s'accompagne en général de grands désordres. L'utérus déplacé forme dans ces cas une masse sortie en partie du vagin et pendante entre les cuisses. Cette tumeur est globuleuse, élastique et douloureuse. Elle présente une surface inégale et saignante, et est plus large à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, où elle est étranglée par l'orifice utérin. Si la tumeur n'est pas réductible, il arrive

quelquefois qu'elle s'enflamme et se gangrène, et la mort en est la conséquence ordinaire.

D'après Baivin et Dugès il serait assez fréquent que la masse formée par l'utérus renversé, ait plus de volume que le viscère n'en doit avoir, même aussitôt après un accouchement à terme, c'est qu'alors il est effectivement distendu par des portions d'intestin qui se sont logées avec les trompes et les ovaires dans la cavité nouvelle, produite par l'accident. Baudelocque et Levret en ont cité des cas.

Par le toucher, on constate qu'un léger bourrelet tient lieu de col, et au dessus de ce bourrelet on rencontre une partie plus molle, en forme de tube évasé, qui est le vagin plus ou moins infléchi sur lui-même et légèrement retourné.

L'inversion complète est généralement brusque, subite, pour ainsi dire aiguë, comme celles qui font l'objet de trois ou quatre de nos observations. Elle se traduit par un cortège de symptômes constants. La malade accuse une douleur très violente, s'irradiant dans les cuisses ou les aines, souvent suivie de vomissements répétés, de lipothymies et de syncopes. Le facies est grippé, les traits sont très altérés, le pouls filiforme, les extrémités refroidies, la malade agitée de secousses musculaires. L'hémorrhagie se fait presque toujours à torrents, et la mort survient soit du fait de cette hémorrhagie (obs. personnelle et obs. de Porak) soit par cette série de troubles nerveux, amenant une stupeur intense, comme cela s'observe à la suite des grands traumatismes et que les

Anglais désignent sous le nom de choc (observation Bar).]

Le symptôme le plus ordinaire est un épuisement brusque, de la prostration qui survient aussitôt que l'inversion s'est produite. Cette prostration ne tient pas à une hémorrhagie, car elle survient alors même qu'il ne s'écoule que peu de sang (obs. Bar).

Dans beaucoup de cas, d'ailleurs, il n'y a pas d'hémorrhagie d'après Brown, Withe, Albers, Chapman, Hamilton, Radford, ou bien l'hémorrhagie n'est pas en rapport avec le degré d'inversion, mais il survient un collapsus complet et des symptômes nerveux. Ces auteurs affirment que dans ces cas on n'a pas moins de peine à ranimer les malades, que dans ceux où il y a une hémorrhagie.

Il y a généralement une violente contraction utérine immédiatement avant l'inversion, ou pendant qu'elle se produit. La patiente se figure qu'elle met au monde un second enfant et cette opinion est encore confirmée par la pression qu'exerce l'utérus renversé en traversant le pelvis. Souvent même après un examen, le médecin a pu confondre cette tumeur avec le sommet d'un autre fœtus. La malade accuse de violentes douleurs, avec une sensation de tiraillements dans les reins, et quelquefois elle se plaint de rétention d'urine. Si l'on applique la main sur le ventre, on ne rencontre pas l'utérus rétracté et c'est là un des meilleurs signes de cet accident.

De la rapidité du diagnostic dans l'inversion aiguë, dépend la gravité du pronostic. En résumé, nous pou-

vons dire que l'on reconnaîtra sans hésitation une inversion aiguë par les signes suivants.

1° Implantation circulaire et non latérale du pédicule de la tumeur.

2° Existence des orifices des trompes sur l'extrémité inférieure de la tumeur.

3° La sensibilité spéciale quelquefois accompagnée de contractilité particulière qu'elle offre à la pression et à l'acupuncture.

4° La demi-réduction que l'on peut toujours obtenir dans les inversions et jamais dans les polypes.

5° L'absence de l'utérus derrière la symphyse des pubis, constatée par la double exploration rectale et vésicale.

6° L'apparition brusque d'une tumeur, soit intra-vaginale, soit extra-vaginale et l'intensité des phénomènes qui l'accompagnent tels que hémorrhagie, troubles nerveux, phénomènes de choc.

DIAGNOSTIC

Une inversion utérine au moment de l'accouchement, surtout s'il s'agit d'une inversion partielle, peut-être quelquefois difficile à diagnostiquer. Un examen superficiel a pu faire croire en pareille occurrence à un deuxième fœtus, à un reste de placenta ; confusions qui ne résistent pas à l'examen attentif d'un accoucheur expérimenté.

Si une hémorrhagie abondante se produit quelque temps après la délivrance, on doit penser à la possibilité d'un commencement d'inversion dont l'état de relâchement des parois abdominales à ce moment, permet de constater l'existence, par le palper et le toucher combinés.

La facilité du diagnostic dépendra beaucoup du degré de renversement. Lorsque celui-ci est incomplet, le diagnostic est très difficile, quelquefois même avec une inversion complète, il demandera beaucoup de soin et d'attention. L'accoucheur devra donc et avant toute tentative de réduction, s'assurer qu'il y a réellement inversion, et établir quelle en est la variété.

L'inversion puerpérale immédiate s'accompagne d'un cortège de symptômes, très intenses et constants.

Tout d'abord il se produit la plupart du temps une hémorrhagie violente, et des douleurs insolites, accompagnées presque toujours de phénomènes de choc péritonéal. La malade tombe en syncope, celle-ci peut être le fait de l'hémorrhagie (observation personnelle et observation du docteur Porak) ou des troubles nerveux intenses (observation du docteur Bar). En même temps il apparaît à la vulve, quand l'inversion est complète, ou presque complète, une tumeur volumineuse en forme de scrotum, de couleur rouge livide, à surface lisse, ou inégale, parsemée d'ecchymoses. On peut reconnaître à sa surface les orifices des sinus utérins donnant passage à du sang, mais on n'y rencontre rien qui ressemble au museau de tanche. La tumeur est d'une sensibilité extrême à la pression, accompagnée d'une contractilité spéciale à l'acupuncture. Le pédicule a son implantation circulaire et non latérale. Les orifices des trompes apparaissent à l'extrémité inférieure de la masse inversée, et celle-ci est réductible, toujours dans une certaine mesure.

Si on explore la région abdominale par la palpation hypogastrique, et le toucher rectal, on constate l'absence du globe utérin derrière le pubis. Le cathétérisme vésical combiné avec le toucher rectal seront aussi d'un grand secours.

L'inversion récente puerpérale, qu'elle soit complète, ou incomplète, ne doit pas être confondue avec une tumeur cancéreuse, ni avec un abaissement de la totalité de l'organe, ni avec la cystocèle vaginale.

La forme régulière et arrondie de la tumeur, la présence d'un pédicule, la distinguent suffisamment de la première de ces affections.

Le prolapsus utérin ne peut pas non plus faire longtemps hésiter le diagnostic. L'effacement des culs-de-sac du vagin, la présence au sommet de la tumeur de l'orifice utérin où l'on peut enfoncer une sonde, feront reconnaître cette affection. En outre, la tumeur est plus volumineuse en haut qu'en bas. Le vagin entraîné et retourné sur lui-même, contient une partie de la vessie, et quelquefois une anse intestinale, qui viennent augmenter la base de cette masse, au point de rendre la réduction impossible. La palpation excite le besoin d'uriner. Tels sont les caractères qui permettront de reconnaître le prolapsus utérin. La déviation et l'oblitération de l'orifice du col peuvent pourtant induire quelquefois en erreur.

On n'hésitera pas à reconnaître la cystocèle vaginale, par sa consistance plus grande, sa surface inégale, vil-leuse etsaignante, et par l'invariabilité de ses dimensions.

La seule affection qui puisse vraiment donner quelquefois le change, c'est l'affection polypeuse. L'histoire de l'inversion est pourtant tout autre que celle du polype.

L'inversion se produit en général tout à coup après le travail et s'accompagne d'hémorrhagie et d'un collapsus général.

Les polypes se développent lentement et s'ils sont accompagnés d'hémorrhagies, ils ne sont pas accompagnés de collapsus général.

L'inversion peut se faire aussi graduellement, mais c'est seulement dans les cas où elle est produite par une tumeur fibreuse ou un polype, et en pareil cas la présence de la cause productrice éclairera le diagnostic. Dans l'inversion le doigt est arrêté par la réflexion des parois vaginales. Dans le polype, à moins que le pédicule ne soit trop volumineux, le doigt pénètre facilement dans le vagin et peut arriver jusqu'au col. En outre si la tumeur est assez grosse pour distendre le vagin et ne pas permettre d'atteindre l'orifice cervical, on peut hardiment affirmer que c'est un polype et non une inversion (Barnes).

La surface d'un utérus en inversion est raboteuse sous le doigt, celle d'un polype est lisse et unie, enfin dans l'inversion la sensibilité est plus grande et plus générale que dans le polype.

L'inversion apparaît immédiatement ou peu après l'accouchement, mais cependant il ne faut pas perdre de vue que, pour des raisons particulières, certaines femmes ont intérêt à ne pas révéler leur grossesse, en outre on a vu des polypes devenir extérieurs et apparaître dans le vagin, précisément à la suite de l'accouchement. Levret, Guyot, Jacquemier, Bennet ont rapporté des faits de ce genre.

La confusion est encore possible, elle a été faite bien des fois. Denucé en cite 43 cas, attribués à des chirurgiens éminents, et de deux manières différentes. Tantôt en effet de vrais polypes ont été pris pour des inversions, tantôt, et c'est plus grave, des inversions ont été prises pour des polypes.

Vers le milieu du siècle dernier, un certain nombre d'observations furent publiées ou présentées à l'Académie de chirurgie, semblant démontrer que l'ablation de la matrice avait pu être faite heureusement dans certains cas de renversement. Telles sont les observations de Ducevisse, de Thomas, de Mellis, de Midan, de Collin. Il fallut toute l'autorité des membres les plus influents de l'académie de chirurgie, pour démontrer l'erreur dans laquelle ces chirurgiens étaient tombés ; ils avaient confondu des polypes avec des inversions, ou bien ils avaient enlevé l'utérus croyant avoir affaire à un polype.

Les cas vraiment difficiles sont ceux dans lesquels l'inversion est compliquée d'un polype. Souvent celui-ci n'a pas de pédicule propre, et se trouve fixé à l'utérus par une large surface d'implantation, ce qui fait que l'on est souvent embarrassé pour dire ce qui appartient à l'un ou à l'autre.

Toutefois, un chirurgien prévenu que ce fait peut arriver ne doit pas tomber dans l'erreur. Le volume même du pédicule doit éveiller son attention. Le renflement que présente presque toujours dans ce cas la racine du polype après un premier étranglement, et qui donne à l'ensemble de la tumeur la forme d'un bissac, la sensibilité spéciale de la racine du pédicule, le mode d'implantation circulaire de cette racine, surtout l'absence de la matrice en son lieu ordinaire, suffiront pour éviter toute équivoque ; seulement ce que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, c'est que, mis en présence d'une tumeur de forme polypeuse, il ne

lui est pas permis de l'attaquer sans avoir fait l'épreuve des signes que je viens d'indiquer, et sans se bien pénétrer de cette idée que, si c'est déjà une erreur déplorable de prendre une inversion pour un polype, c'est une erreur plus grave encore de prendre un polype compliqué d'inversion utérine, pour un polype ou pour une inversion simple.

Tillaux, Guéniot, Gosselin, ont donné, comme signe distinctif, la sensibilité de la muqueuse utérine, en opposition avec l'insensibilité de la surface du corps fibreux.

Cet fait a été contesté par Berger et Ribémont-Desaignes qui ont constaté que la muqueuse utérine est insensible à l'état normal, ce qui réduirait considérablement la valeur du signe tiré de la sensibilité de la muqueuse.

M. Pozzi conseille la conduite suivante : Commencer par une exploration attentive de la région faite sous le chloroforme. Si des doutes persistent, jeter sur le pédicule une ligature élastique provisoire, et inciser couche par couche le tissu dans une épaisseur suffisante pour s'assurer qu'elle ne contient pas un fibrome. Si l'on arrivait ainsi dans la capsule d'un corps fibreux, l'énucléer, tamponner à la gaze iodoformée et réduire l'inversion.

Si l'incision donnait un résultat négatif, la refermer soigneusement par une suture en surjet à étages superposés, ou par une série de sutures profondes, avant d'enlever la ligature hémostatique. Cette exploration sans danger mettrait à l'abri des surprises.

Je résume le diagnostic différentiel de l'inversion récente avec les polypes, en ce qui concerne les signes physiques, dans les trois tableaux empruntés à Gail-
lard Thomas et à Dénucé.

1^{er} DEGRÉ OU DÉPRESSION

POLYPES

- 1^o L'hystéromètre montre la cavité utérine augmentée.
- 2^o Le toucher vaginal et rectal, aidé de la palpation abdominale, montre que l'utérus a conservé sa forme globuleuse, il offre souvent une augmentation de volume.
- 3^o L'acupuncture de la tumeur est indolente.

INVERSIONS

- 1^o L'hystéromètre montre la cavité utérine diminuée.
- 2^o Ces procédés d'exploration font reconnaître un aplatissement de l'organe, un rapetissement d'ensemble, et sur le corps même de l'utérus une dépression circulaire.
- 3^o L'acupuncture est douloureuse.

2^e DEGRÉ. INVERSION INCOMPLÈTE

POLYPES

- 1^o L'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine en longeant la tumeur par l'un de ses côtés. Il peut atteindre le fond de l'utérus et s'enfoncer à 50 millimètres de profondeur.
- 2^o Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'exploration vésicale, permet de constater la présence du corps de l'utérus en son lieu ordinaire.
- 3^o L'acupuncture et la pression sont indolentes.

INVERSIONS

- 1^o L'hystéromètre pénètre entre le col et le pédicule mais rencontre aussitôt une rainure circulaire, contre le fond de laquelle il butte et ne peut s'enfoncer de plus de 15 à 20 millimètres.
- 2^o Cette même exploration fait découvrir, à la place du corps de l'utérus qui manque, une excavation en forme d'anneau rigide.
- 3^o L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

3^e DEGRÉ OU INVERSION COMPLÈTE

1 ^o L'hystéromètre pénètre dans l'utérus en contournant le pédicule de la tumeur.	1 ^o L'hystéromètre ne trouve plus de cavité en contournant le pédicule de la tumeur.
2 ^o Le toucher vaginal et rectal aidé de l'exploration vésicale permet de constater la présence du corps de l'utérus en son lieu ordinaire.	2 ^o Cette même exploration permet de constater l'absence de l'utérus dans l'abdomen et de constater à sa place une excavation à bords mous et déclives en forme d'entonnoir.
3 ^o L'acupuncture et la pression sont indolentes.	3 ^o L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

L'inversion étant reconnue, il s'agit d'en établir le degré, et de s'assurer si le renversement est complet ou incomplet. Ce dernier pourra être aussi confondu avec un polype de l'utérus, mais il s'en distinguera par une surface saignante et inégale, par sa sensibilité, et surtout par le cul-de-sac que l'on trouvera en dedans de la matrice par le toucher, ou la dépression en cul de bouteille de Mauriceau, par le palper abdominal.

Pour ne pas nous répéter, nous renvoyons à la description des symptômes caractérisant les inversions des 1^{er}, 2^e et 3^e degrés. Les deux premiers formant les renversements incomplets, le dernier le renversement complet.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'inversion récente puerpérale est toujours grave. La gravité de l'accident est due soit à l'abondance de l'hémorrhagie, soit à l'intensité des phénomènes nerveux, ou bien à l'étranglement de l'intestin ou à l'impossibilité de réduire la tumeur.

Le relevé statistique de Crosse nous en fournit une preuve. Sur 109 cas dans lesquels la maladie a été abandonnée à elle-même, cet auteur a noté 72 cas de mort dans les premières heures, 8 après une semaine, 6 dans les deux premiers mois, 1 vers 5^e mois, 4 en le 8^e et le 9^e mois et 18 à diverses époques. Cette statistique met en relief la haute gravité de l'inversion récente puerpérale.

La mort peut survenir par hémorrhagie qui peut être immédiatement funeste (observation personnelle, Porak, Maygrier). En second lieu par cet état de stupeur, de choc qui accompagne les grands traumatismes (observation Bar). Elle peut être la conséquence d'accidents septiques (tels que thrombose des sinus) ou inflammatoires de la cavité abdominale, avec péritonite généralisée ou bien aboutir à la gangrène de l'utérus.

Un fait singulier à noter c'est que, lorsque les premiers accidents laissent à la matrice le temps d'arriver au sphacèle, on voit souvent la guérison succéder à ce terrible accident (Dénucé). Si la mort n'arrive pas, il n'en reste pas moins une infirmité grave par sa nature, et dont le traitement réclame toujours une opération dangereuse.

Dans les cas heureux, quand la réduction a été opérée, tout accident ultérieur peut être évité, la grossesse même est encore possible.

Chevreur, d'Angers, a même mentionné un cas assez étrange dans lequel, malgré l'inversion utérine, la conception aurait eu lieu. L'inversion reconnue avant la grossesse, aurait été encore constatée six jours avant l'avortement qui eut lieu à trois mois. Chevreur qui put s'assurer que la matrice était réellement renversée, pense que la grossesse a eu lieu dans une des trompes dilatées.

MARCHE — TERMINAISON

La marche de l'inversion puerpérale est différente suivant les cas. Le renversement aigu, complet, s'il n'est pas réduit rapidement, se termine presque toujours par la mort (obs. personnelle, Bar). Le renversement du 1^{er} ou du 2^e degré, a un pronostic moins funeste, la guérison est presque toujours de règle si l'on ne tarde pas trop à faire la réduction.

D'autres fois ce sont des complications qui surviennent et la font rentrer dans le cadre des inversions chroniques, guérison sans réduction et sans douleur. Denman cite l'exemple d'une femme qui vint le consulter pour une inversion de l'utérus, vingt ans avant sa mort ; et Delamotte parle d'une femme chez qui, trente ans avant qu'elle ne vint le voir, l'inversion était complète. Il est très rare que la tumeur utérine, saillante entre les grandes lèvres, ait été atteinte de lésion organique, cancer ou ulcération.

A un moment donné de son évolution, l'inversion puerpérale peut se réduire d'elle-même, sans le secours de la chirurgie. C'est ce que l'on nomme les réductions spontanées, qui ont été niées pendant longtemps. Ce sont ordinairement des inversions partielles, réduites par le seul fait de la rétraction musculaire, de l'involu-

tion que subit inévitablement la matrice après l'accouchement. Ces dépressions partielles, lorsqu'elles ne se réduisent pas, sont le point de départ des inversions dites tardives.

Denucé explique de la manière suivante, le mécanisme de la réduction spontanée : « Les fibres musculaires qui, partant des ligaments ronds, larges, et utéro-sacrés, vont se continuer avec les fibres musculaires de la matrice. Dans l'inversion ces fibres sont tirillées et ont une tendance manifeste à réagir contre ces tiraillements, à faire remonter le fond de l'utérus. Le redressement peut suffire pour amener la réduction spontanée des inversions partielles ; peut-être même celle des inversions tardives et des inversions récentes, quand les pressions abdominales ne le contre-balaient pas. »

L'inversion a pu se réduire spontanément, elle pourrait aussi récidiver spontanément, et sans cause appréciable, d'après certains auteurs. Dès 1725, Leblanc, chirurgien d'Orléans, cite une observation de récidence après 10 jours. Le docteur Belin, de Dijon, en a publié une autre survenue après 7 semaines. Kohn a signalé une réinversion après 9 jours.

La reproduction du renversement a-t-elle été réellement spontanée ? Ce serait assez difficile à établir. Nous pensons que le renversement primitif n'avait pas dû être complètement réduit, ou bien que la partie invaginée de nouveau, était encore parésiée, et qu'elle a cédé à la suite de pressions ou de contractions abdominales.

Inversion complète. (Observée dans le service du D^r PORAK,
novembre 1891.)

M^{me} E..., 27 ans, secondipare, a eu il y a deux ans un premier accouchement très difficile; pas d'intervention, mais le périnée a été rompu et mal suturé. Rien de particulier pendant ses deux grossesses. Est apportée sur un brancard à la maternité de l'hôpital Lariboisière, le 4 novembre, vers cinq heures du matin.

Je remplaçais à ce moment-là, l'interne de la maternité, et la malade qui était en syncope à son arrivée, est morte entre mes mains au moment où je me préparais à faire la réduction de l'utérus inversé. Cette observation a fait l'objet d'une intéressante communication de mon ami le docteur Belin, à la Société de médecine pratique.

Le travail a débuté le 4 novembre, à neuf heures du soir. Accouchement par le sommet, à quatre heures du matin. Au bout d'une demi-heure, la délivrance ne se faisant pas, la sage-femme tire sur le cordon, puis sous l'influence combinée d'une forte contraction de la parturiente et des tractions sur le cordon, il paraît hors de la vulve une masse énorme avec des caillots; à ce moment, une hémorrhagie formidable se produit, bientôt suivie de lypothimies et de syncopes. Croyant à la sortie du placenta, la sage-femme essaye de le dégager, elle n'y peut parvenir; le toucher seul de cette masse occasionne de très violentes douleurs.

Le docteur Pallier est appelé à 5 h. 1/2 (une heure et demie après l'accouchement), il diagnostiqua immédiatement : inversion de l'utérus recouvert du placenta et, après les précautions

antiseptiques d'usage, il détacha le placenta, cotylédon par cotylédon, ce qui se fit avec une extrême difficulté, vu sa très forte adhérence, puis il tenta de réduire l'utérus, ce qui fut impossible, la malade étant dans un état syncopal, et toute tentative de taxis donnant lieu à des douleurs d'une violence extrême.

La malade fut alors amenée à Lariboisière, où elle mourut quelques minutes après son arrivée au moment où je me préparais à tenter le taxis.

Autopsie. — L'autopsie fut faite, et en voici les résultats :

Le sujet était complètement exsangue, de petite taille, le bassin justo-minor, car on atteignait aisément le promontoire : quelques signes de rachitisme très nets, les tibias sont assez droits, mais les fémurs et les clavicules sont déformés, la denture a presque entièrement disparu.

L'utérus inversé pendait hors de la vulve sous la forme de grosse tumeur, de couleur rouge-vif, de tissu mou et pulpeux, comparable à une couche de bourgeons charnus. Cette tumeur de 15 centimètres, de son fond à l'arcade pubienne, est régulièrement piriforme, à grosse extrémité, tournée en bas; elle est aplatie légèrement d'avant en arrière. Le vagin n'est pas inversé; entre la tumeur et la paroi vaginale, le doigt peut aisément reconnaître une gouttière circulaire de 7 centimètres en avant, de 8 centimètres 1/2 en arrière; le col est également retourné, la descente de la masse entière ne paraît avoir été limitée que par les ligaments larges qui sont tirés en bas et forment dans la dépression utérine le cul de fiole de Mauriceau, un V à ouverture supérieure entre les branches duquel on remarque les deux ovaires très congestionnés. Cet intundibulum se reconnaît parfaitement avec les caractères classiques qui lui ont été décrits. La place normale de l'utérus est remplie par des anses intestinales qui s'y sont précipitées :

toutes sont très mobiles, aucune n'a été pincée dans cet infundibulum ni entraînée avec lui.

Le placenta n'avait pas un poids considérable, mais il était étalé en galette, aplati et ses diamètres étaient très grands.

Le cordon était de longueur normale, mais aminci et tiraillé; dans certaines parties, les membranes étaient déchirées, ce qui permet de conclure que des tractions très énergiques ont été pratiquées. Son insertion au fond de l'utérus était absolue, elle occupait le pôle supérieur du globe utérin.

Inversion complète. (Personnelle.)

Madeleine L..., 25 ans, primipare. Réglée pour la première fois à 15 ans, régulièrement tous les mois (durée, trois jours).

La dernière menstruation a eu lieu du 7 au 10 septembre 1890. Grossesse de neuf mois; accouche le 5 juin 1891. Rien de particulier pendant le cours de la gestation. Cependant, au neuvième mois, elle présente un léger œdème des membres inférieurs; l'examen des urines permet de constater des traces d'albumine.

Le 5 juin, à 1 heure du matin, apparition des premières douleurs qui se maintiennent assez intenses jusqu'à 11 heures du soir. A ce moment, la dilatation est complète et la malade, très anémiée et épuisée par la longueur du travail, a une syncope qui ne dure que quelques secondes et elle accouche d'un enfant vivant, bien conformé, du poids de 2.950 grammes.

Après l'expulsion du fœtus, il y a inertie utérine, la matrice est volumineuse et ne se contracte pas. La femme perd un peu de sang.

Au bout d'un quart d'heure, la sage-femme qui avait fait l'accouchement exprime le fond de l'utérus et pratique des

tractions sur le cordon pour activer la délivrance. Mais le placenta ne vient pas. Elle dit à la malade de pousser vigoureusement. Quelques secondes après cette recommandation et sous l'influence et des contractions abdominales, une tumeur volumineuse, rougeâtre, apparaît à la vulve. La malade perd le sang à flots et tombe en syncope.

La sage-femme, très émue et ne sachant que faire, fait appeler un médecin, le docteur B .., qui se trouvait dans le voisinage. Celui-ci diagnostique immédiatement une inversion utérine et essaye de réduire la tumeur; malheureusement, la femme meurt pendant les manœuvres.

J'ai eu occasion de voir cette malade. L'utérus était complètement renversé et on sentait par le toucher un léger bourrelet qui était le col, inversé aussi. La tumeur était très volumineuse, de couleur rouge vif, piriforme, pendante entre les cuisses. Le placenta était étalé et aplati, il paraissait très large, il était très adhérent et était décollé seulement sur un de ses bords. Le docteur B .. avait essayé de le décoller, mais n'y réussissant pas, il s'était décidé à réduire la tumeur en masse, sans d'ailleurs y réussir.

La femme est morte d'hémorrhagie et aussi de troubles nerveux, de choch.

Inversion complète. (Due à l'obligeance du D^r PORAK)

Le 20 mars 1883, on amène à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, à 11 heures du matin, une femme primipare, qui était accouchée depuis 8 heures du matin. Elle avait eu une hémorrhagie extrêmement abondante et le médecin l'envoyait pour affection de nature grave.

La malade est pâle, les lèvres sont complètement décolorées, les extrémités sont refroidies, le pouls est petit et filiforme, il y a là non seulement les signes d'une hémorrhagie intense, mais encore d'une perturbation nerveuse considérable.

Aucun renseignement précis sur la façon dont l'accouchement s'est opéré. Il paraît cependant que des tractions hâtives auraient été opérées sur le cordon.

Le palper abdominal permet de constater au dessous du pubis une dépression en cul de bouteille. Le toucher vaginal permet de sentir une tumeur dure, à surface irrégulière, qui est certainement l'utérus inversé et encore d'une façon complète, car il est impossible de retrouver le bourrelet du col. On cherche à soutenir les forces de la malade (cognac, trois seringues d'éther) et on tente la réduction.

L'utérus est saisi à pleine main, des pressions sont exercées près du col afin de réduire la partie qui doit rentrer la première et, au bout de sept à huit minutes d'efforts, la réduction s'opère.

Immédiatement après, on fait des injections phéniquées, chaudes, pendant toute la journée. On donne à la malade des toniques, plusieurs injections sont faites, mais pendant toute la journée le pouls reste faible et l'utérus conserve une sensibilité exagérée.

Le 2 avril, l'utérus est derrière le pubis. Guérison.

Inversion utérine complète. (Due à l'obligeance du D^r TARNIER).

Le 5 août 1885, Victorine Lemoine, 23 ans, entre au n° 8 du pavillon (Maternité), à 9 heures du matin.

Réglée pour la première fois à 15 ans. Depuis cette époque la menstruation est régulière mais peu abondante (3 jours).

Multipare, elle a eu le 19 juillet 1883, un accouchement gémellaire à terme. Le premier enfant se présentait par le siège en S. I. G. A., et le second par le sommet en O. I. D. P. Cet accouchement a été spontané. (Maternité.)

La dernière menstruation a eu lieu vers la fin d'octobre 1884, l'époque présumée de la grossesse est de 8 mois et demi.

La parturiente présente des varices des membres inférieurs et de la vulve. A son entrée, à 9 heures du matin, elle nous dit qu'elle souffre depuis 6 heures du matin. On constate que l'orifice utérin est dilaté comme cinq francs. L'enfant se présente par le sommet en O. I. D. P. On constate de plus que les parois abdominales sont excessivement flasques, lâches, qu'il y a une véritable éventration, la dilatation est complète à 10 heures du matin; la rupture des membranes se fait à ce moment. La femme accouche à 10 h. 30 d'un enfant pesant 2,940 grammes.

Une demi-heure après l'expulsion du fœtus, la malade est prise d'une hémorrhagie utérine peu abondante (300 gr), due à l'inertie de la matrice.

On intervient alors pour faire la délivrance artificielle, mais au moment où l'on introduit la main, on constate une inversion complète.

L'inversion est immédiatement réduite avec assez de facilité. On procède au décollement du placenta, et à son extraction.

Les suites de couches n'ont présenté qu'une légère élévation de température, 38°3 pendant cinq jours.

La malade sort guérie le 4 septembre.

Inversion utérine spontanée incomplète. (Communiquée
verbalement par M. le D^r MAYGRIER.)

M^{me} M... accouche pour la première fois le 31 janvier.

La grossesse a évolué normalement. Le travail est long et pénible.

La période de début est douloureuse, elle se fait sous le chloroforme analgésique et dure 12 heures. La période d'expulsion se fait sans efforts et dure 3 heures.

L'enfant se présente par le sommet en O. I. D. P. La tête est volumineuse et ne tourne pas. On administre le chloroforme à dose chirurgicale et M. le docteur Maygrier fait une application de forceps.

Dix minutes après, le placenta est en partie dans le vagin, mais en même temps M. Maygrier ayant appliqué sa main sur l'abdomen de la malade, constate que le fond de l'utérus est déprimé. Il présente une invagination en forme de cul de bouteille. La délivrance s'effectue facilement quelques instants après.

Le toucher vaginal est pratiqué, et on trouve dans le vagin une tumeur arrondie, mollassée, qui est l'utérus inversé, le col n'est pas renversé, mais il enserre fortement la tumeur. On se trouve en présence d'une inversion incomplète du deuxième degré.

Il n'y a pas d'hémorrhagie.

On n'a pas fait de traction sur le cordon, ni d'expression utérine.

Le renversement de la matrice s'est fait d'une façon spontanée.

M. Maygrier redonne du chloroforme, et réduit facilement l'inversion.

La malade guérit.

Adhérence des membranes de l'œuf à la paroi utérine, constatée de visu, dans un cas d'inversion de l'utérus, survenue pendant la délivrance, chez une femme agonisante. (Observation due à l'obligeance de M. le docteur MAYGRIER.)

Le 11 novembre 1890, M^{me} B.: entre à la maternité de la Pitié. Elle est âgée de 22 ans et a eu déjà six grossesses qui ont évolué normalement. Devenue enceinte pour la septième fois, elle a eu ses dernières règles du 7 au 12 février et est à peu près à terme.

Dans les trois derniers mois de la grossesse, elle a eu des hémorrhagies peu abondantes, mais très fréquentes. La veille de son entrée à la Pitié, elle a eu une perte de sang très considérable, c'est ce qui l'a décidée à venir accoucher à l'hôpital.

A son arrivée, on constate un état général très mauvais. La malade est pâle et très anémiée. Le palper abdominal indique que l'enfant se présente par la tête, à l'auscultation on entend bien les bruits du cœur fœtal; le toucher vaginal permet de constater une dilatation de deux francs, et en même temps l'insertion du placenta sur la partie latérale gauche du segment inférieur. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

A l'arrivée de M. le docteur Maygrier, la malade a perdu beaucoup de sang et en perd toujours, malgré plusieurs injections chaudes à (50°), elle est pâle, épuisée, les forces déclinent rapidement; elle est dans un état comateux, les battements fœtaux se ralentissent, les contractions utérines s'arrêtent, mais l'hémorrhagie continue toujours.

M. le docteur Maygrier, trouvant une femme agonisante tente le seul moyen qui reste d'arrêter l'hémorrhagie et peut-être de sauver la femme ; il précipite l'accouchement et comme l'enfant ne donne plus signe de vie, il fait rapidement la basiotripsie et pratique la délivrance artificielle.

En amenant le placenta au dehors, M. Maygrier a la sensation d'un corps étranger qui accompagne les membranes, et il se rend compte que c'est la paroi même de l'utérus qui, cédant à la traction exercée sur les membranes, s'inverse et suit ces membranes ; le renversement du globe utérin suit la sortie de la main, et il est complet quand la main est à l'entrée de la vulve.

L'inversion utérine est complète, et on constate *de visu* sur la face interne de la matrice inversée, l'adhérence des membranes. Le décollement se fait à la main, et lorsqu'il paraît achevé on s'aperçoit qu'un lambeau de 15 centimètres de longueur sur 9 à 10 de largeur est resté accolé à l'utérus. Le lambeau est détaché à la main. Le décollement offre à la traction une certaine résistance, indice d'une adhérence utérine à la paroi de la matrice.

On pratique alors la réduction de l'utérus, malheureusement la femme qui était agonisante au début de l'opération, meurt épuisée par la grande quantité de sang qu'elle avait perdu depuis deux jours.

Inversion utérine complète. (Due à l'obligeance de M. le
D^r BAR.)

Au mois d'avril 1890, le docteur Bar fut appelé par M^{me} B..., sage-femme, pour l'assister auprès d'une de ses clientes qui
Sicard.

venait d'avoir une inversion utérine au moment de la délivrance.

Quand il arriva, il trouva la femme morte. L'utérus complètement inversé formait une tumeur volumineuse hors de la vulve. Le placenta était adhérent ; il était décollé sur son bord droit et sur une étendue de deux à trois centimètres. Les membranes n'avaient pas été décollées. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

D'après M^{me} B..., l'inversion se serait produite de la façon suivante : la malade était accouchée depuis trois heures, normalement, lorsqu'elle fit une très légère traction sur le cordon ; à ce moment, M^m X... accusa une vive douleur dans le ventre, fit un effort, et l'utérus renversé apparut à la vulve. Il ne s'écoula pas de sang mais la femme devint très pâle et tomba dans un état demi-syncopal.

Un médecin est appelé et essaye de décoller le placenta. A peine cette manœuvre était-elle commencée que la malade poussa un grand cri. Elle était morte. C'est à ce moment que le docteur Bar arriva.

Inversion utérine intra-vaginale (2^e degré). (Due à l'obligeance du D^r AUVARD.)

M^{me} L..., multipare, accouche le 14 juillet 1887, à 2 heures du matin. normalement, la délivrance se fait spontanément. Elle est surveillée par une sage-femme de l'Hôtel-Dieu qui affirme n'avoir pas exercé de traction sur le cordon pour attirer le placenta.

Une demi-heure après la délivrance, la femme a quelques douleurs et quelques contractions abdominales ; il se produit une hémorrhagie assez intense, combattue sans succès par

l'emploi d'injections d'eau chaude. Le sang venant toujours, la sage-femme fait appeler un accoucheur, qui prescrit un gramme d'ergot de seigle, en injections sous-cutanées, et croyant que l'hémorrhagie va s'arrêter, se retire sans avoir fait un examen détaillé de la malade.

L'hémorrhagie continuant, malgré le traitement indiqué, le docteur Auvard est appelé ; le premier accoucheur ayant été obligé de s'absenter. A son arrivée, à 7 heures du matin, M. Auvard trouve la femme pâle, très anémiée et perdant toujours du sang.

Le palper abdominal lui permet de constater l'absence du globe utérin derrière la symphyse des pubis. Il pratique alors le toucher vaginal et trouve une tumeur assez lisse, molle, du volume du poing et située au voisinage de la vulve. En contournant la tumeur il arrive en arrière sur le col utérin qui est mollassé.

M. Auvard porte alors le diagnostic d'iversion utérine intravaginale du 2^e degré.

Après avoir placé la femme en position obstétricale il réduit assez facilement la tumeur et retourne l'utérus sur lui-même à l'aide des doigts. Mais en retirant la main de la cavité utérine il s'aperçoit que le fond de l'utérus suit les doigts, et que l'inversion se reproduit, obéissant à la pression intra-abdominale. La main est retirée et l'utérus se trouve de nouveau inversé comme au début.

Le docteur Auvard, n'ayant pas à portée des bandes de gaze iodoformée pour faire le tamponnement intra-utérin, introduit de nouveau la main et fait une injection intra-utérine avec de l'eau phéniquée au 2/100^e, à la température de 45° à 50°. En même temps il administre un gramme d'ergot de seigle en deux fois.

La main est toujours dans l'utérus, et au bout d'un quart

d'heure, il sent le muscle utérin prendre consistance, et en retirant la main tout doucement, l'inversion ne se reproduit plus.

Il surveilla la femme pendant une heure. A ce moment-là l'état général est bon, l'état local satisfaisant.

La guérison eut lieu sans difficultés.

Inversion utérine incomplète (Mac Coy). (American journal of obstetrics, 1890.)

M^{me} S..., 23 ans, blonde, saine, mariée, a eu un enfant il y a quatre ans. Est à sa deuxième grossesse qui a évolué normalement jusqu'au neuvième mois, où elle a eu pendant les trois premières semaines des douleurs expulsives très faibles. Elle a accouché après un travail de 36 heures, le 27 mars 1890.

Au bout d'un certain temps, la malade se plaint de douleurs très vives dans le petit bassin. J'engageai la mère à pousser sans mon assistance; Je ne fis aucune traction sur le cordon. Je plaçai ma main sur l'abdomen sans d'ailleurs exercer la moindre pression. Le placenta fut bientôt expulsé.

Quelques instants après ma malade se plaint de douleurs très vives dans le bas-ventre. Pensant qu'il était resté des débris de placenta, j'engageai de nouveau la mère à pousser; à ce moment ma main qui était toujours sur l'utérus, sent que celui-ci descend vers le pubis, et bientôt il n'est plus senti par le palper, les parois abdominales étant extrêmement lâches. Il pratique alors le toucher vaginal, et reconnaît l'utérus inversé, l'hémorragie n'était pas excessive, il réussit à faire la réduction. (Compression sur le fond de l'utérus.)

Après le redressement de l'utérus, en essayant de le saisir avec la main gauche, il sentit des contractions partielles qui

comprimaient sa main droite qui se trouvait dans la cavité utérine. Il découvrit que la portion invaginée n'avait pas de contractions, et en outre que le fond suivait sa main qu'il retirait, et qu'une nouvelle inversion se reproduisait ; au bout d'un certain temps il réussit à maintenir la réduction. La malade n'eut pas de complications et se leva le onzième jour.

Le placenta était inséré au fond, et presque central, ce qui amena la parésie de la région placentaire, et c'est par là que l'invagination commença.

M. Mac Coy ajoute : Je suis content que l'inversion n'ait pas été causée par des tractions sur le cordon qui, d'après les auteurs, en est la cause dans la moitié des cas. Quatorze pour cent des cas rapportés ont suivi l'expulsion spontanée du placenta, et si la méthode d'expectation avait été suivie, il y en aurait eu beaucoup plus.

Les tractions sur le cordon ne produisent pas l'inversion, elles la complètent quand elle est commencée.

L'inversion de l'utérus est précédée par la parésie d'une des parois. Cette parésie dans les cas les plus fréquents est le résultat de la distension trop exagérée des fibres musculaires, et ne paraît pas être gouvernée par la localisation de l'attache placentaire.

Quand la parésie du segment inférieur de l'utérus existe, l'expulsion spontanée ou l'expression du placenta sera une cause plus favorable pour l'inversion que la traction sur le cordon.

Inversion complète de l'utérus (J. ALLEN). (Brit. med. J ,
6 décembre 1890.)

Allen appelé en hâte, trouve la malade épuisée par une hé-

morrhagie profuse et l'enfant entre ses jambes; ligature et suture du cordon.

A l'examen du ventre, rien ne rappelle un utérus contracté; au toucher on trouve le placenta dans le vagin, et derrière, une masse ferme et amoindrie qu'on ne tarde pas à reconnaître comme étant l'utérus complètement inversé. Le placenta, peu adhérent, est facilement détaché, et toutes précautions antiseptiques prises, on pratique la réduction avec la main; celle-ci s'obtient assez facilement; l'hémorrhagie est arrêtée, l'utérus bien contracté; des injections intra-utérines au permanganate de potasse sont données deux fois par jour et un régime tonique est institué. Pas de fièvre; la malade peut se promener au bout d'un mois.

Le placenta était peu adhérent; la cause de l'inversion semble avoir résidé dans la rapidité de l'accouchement et la brièveté du cordon qui ne mesurait que six pouces.

*Inversion utérine de la délivrance; Réduction au huitième jour ;
Guérison. (LOVIOT).*

Le 8 mai 1890, le docteur D... me pria de voir avec lui une dame G..., primipare, accouchée le 1^{er} mai par les soins d'une sage-femme qui avait mandé mon confrère, l'accouchement terminé, en raison de l'extrême faiblesse et de l'état syncopal de sa cliente.

M^{me} G..., 28 ans, réglée à 17 ans, dernières époques du 27 juillet au 1^{er} août 1889, avait accouché le 1^{er} mai. Elle avait perdu les eaux précocement de 5 à 9 heures du matin, l'expulsion d'un enfant vivant eut lieu à 1 heure 1/2, accompagnée d'une notable perte de sang. La sage-femme pratiqua la délivrance immédiate et amena à la suite des tractions qu'elle

exerça sur le cordon un placenta découronné. M^{me} G... ne paraît pas avoir ressenti de douleurs pendant l'intervention, mais elle perdit beaucoup de sang et eut plusieurs syncopes.

Le docteur D... ayant pratiqué le toucher, reconnut dans le vagin une tumeur volumineuse. Il n'y eut pas de nouvelles hémorrhagies. Comme il y avait fièvre et certain degré de fétidité des lochies, le docteur D... fit faire des injections vaginales au sublimé et administra du sulfate de quinine,

M^{me} G..., quand j'entrai dans sa chambre, me parut une femme maigre, fatiguée, au visage cireux, à la peau un peu chaude, au pouls petit, fréquent, mais pourtant assez calme.

Je palpe l'abdomen, assez souple. Pas d'utérus. Ce n'est qu'après une certaine recherche, que je peux déterminer en arrière du pubis une dépression entourée d'un bourrelet.

Le toucher me fait reconnaître un tumeur piriforme, à grosse extrémité inférieure, occupant la presque totalité du vagin, à peu de distance de la vulve. La tumeur est recouverte de débris membraneux peu douloureux. Touchant profondément avec plusieurs doigts et combinant le palper au toucher, je trouve très haut une rigole qui se continue en dedans avec la tumeur, et qui aboutit en dehors à un anneau constitué par l'extrémité inférieure du col utérin. En outre, l'extrémité de mes doigts abdominaux pénètre dans une capsule nettement appréciable. La vessie se vide, mais un peu incomplètement. Pas de matières fécales dans l'intestin.

Le diagnostic d'inversion utérine partielle ou au second degré s'imposait.

L'intervention immédiate fut décidée. Je fis endormir M^{me} G... jusqu'à résolution complète. La vessie ne faisant aucune saillie, je me dispensai du cathétérisme. La malade fut placée en position obstétricale.

M^{me} G... étant complètement anesthésiée, j'introduisis la

main gauche tout entière dans le vagin, et pendant qu'avec les doigts recourbés de la main droite, j'exerçais une pression excentrique sur les parois de la capsule, je tentai avec la paume de la main gauche, qui embrassait le fond de l'utérus, de réduire ce dernier en exerçant une pression méthodique de bas en haut et d'arrière en avant, dans le sens de l'axe de l'utérus et de l'axe du bassin.

Je n'obtins rien. Je m'afforçai alors, maintenant, abaissant et écartant autant que possible avec les doigts abdominaux, la cupule constituée par l'invagination de l'utérus, de réduire la tumeur vaginale en pratiquant avec l'extrémité des doigts une sorte de taxis, toujours dans le sens des axes — au niveau de l'étranglement — pour faire rentrer les premières, les parties renversées les dernières. D'abord, je n'eus aucun résultat, mais je ne perdis pas patience et je n'exerçai aucune violence.

Je remarquai à un moment que le taxis semblait me donner quelque chose au niveau de la partie antérieure de l'étranglement, tandis qu'il était tout à fait inefficace partout ailleurs. Je dirigeai mes efforts de ce côté et j'eus la satisfaction de constater que je réduisais un peu. Je continuai et bientôt je sentis que l'anneau formé par l'extrémité inférieure du col s'allongeait, qu'il coiffait de plus en plus l'extrémité de mes doigts.

Je réduisis peu à peu la tumeur, mon taxis portant graduellement sur des parties plus voisines du fond de l'organe, tandis que la face dorsale de mes doigts était de plus en plus recouverte par le col et le corps de l'utérus restitués dans leur position normale. Enfin le fond seul de l'utérus faisant encore saillie, je le réduisis complètement avec l'extrémité des doigts rapprochés.

Pendant tout ce temps, la main abdominale n'avait cessé de

maintenir l'organe pour empêcher tout tiraillement ou déchirure des ligaments ou des attaches vaginales.

Sans retirer les doigts intra-utérins, je fis une injection intra-utérine, chaude et antiseptique. Je sentis l'utérus se rétracter en situation normale. L'utérus devint très nettement accessible dans la région hypogastrique. Je dois dire qu'au cours de l'intervention, qui dura bien près d'une demi-heure, j'avais extrait les membranes qui tapissaient encore la surface utérine.

Ceci se passait le 8 mai. Le 2 juin, la malade est complètement rétablie.

Inversion complète. (SCHMALFUSS). (Société médicale de Hambourg).

Fille de 19 ans, amenée à l'hôpital dix jours après l'accouchement. Elle a perdu beaucoup de sang. La sage-femme avait pratiqué l'extraction immédiate de l'enfant et exercé de légères tractions sur le cordon.

La malade a été trois jours sans connaissance. On constate une inversion totale et complète.

L'utérus est à la vulve, il est du volume du poing et de couleur violacée. On trouve à sa surface des débris du placenta qui adhèrent fortement. Le col est dur et contracté.

On donne du chloroforme pour réduire. La paroi utérine est faible et prête à se gangrener. On craint de presser.

On se décide à faire la laparotomie afin de dilater du côté de l'abdomen les bords de l'infundibulum utérin.

Lavage de l'utérus, antisepsie, suture, guérison. Quelques mois après, les organes étaient dans une situation normale.

*Inversion incomplète. (Observation ARBRUKCLE),
The Lancet, 1885.*

Femme de 24 ans. M^{me} X... accouche pour la première fois le 2-janvier 1875. Le travail est long et pénible, l'expulsion du fœtus ne se fait qu'après 15 heures de souffrances. Le placenta ne venant pas, le médecin qui se trouvait auprès de la malade exerce une légère traction sur le cordon. L'utérus s'inverse et vient faire hernie dans le vagin, le placenta qui était très adhérent se détache. Le médecin ne diagnostique pas l'inversion qui n'était pas complète.

Au bout de quelque temps, la malade se trouve épuisée par des métrorrhagies très abondantes et répétées, alternant avec de la leucorrhée. L'utérus est très douloureux au toucher. Un médecin est appelé, il porte le diagnostic d'inversion utérine. Il trouve un corps dur, volumineux, qui remplit le vagin. Après plusieurs tentatives de réduction, qui restèrent inefficaces, il fit le débridement du col par le procédé de Barnes. Trois incisions longitudinales profondes. Réduction au moment favorable.

Depuis, quatre enfants.

*Inversion totale de l'utérus après l'accouchement. EIRA, 1890
(Gothenbourg).*

Primipare, 32 ans ; accouchement normal ; en examinant la malade, à cause d'une hémorrhagie abondante, on trouve l'inversion de l'utérus à la vulve.

En suggestion hypnotique, on fait la réduction.

Injection intra-utérine avec une solution d'acide phénique.
Transfusion intra-veineuse d'un demi-litre d'une solution physiologique de sel. Endométrite septique. Guérison.

Inversion complète. (CLEVELAND). (Société obstétricale de New-York).

Cleveland, appelé près d'une femme secondipare, en travail, arriva trop tard, l'accouchement était fait après trois ou quatre douleurs. Le cordon ayant été coupé et l'enfant confié à une nourrice, Cleveland tira très doucement sur le cordon ; il sentit la corne droite s'affaïsser et brusquement l'utérus renversé sortit hors de la vulve, recouvert du placenta, qu'il était impossible de distinguer du tissu utérin, tant l'adhérence était grande.

La douleur était très violente et l'hémorrhagie formidable. Cleveland, alors, tenta la réduction de la masse entière et réussit dans cette manœuvre, il reconnut l'insertion du placenta au fond de l'utérus. Celui-ci cependant restait inerte, et une forte dose d'ergot ne provoqua pas de contraction. On injecta de l'eau chaude ; après le troisième gallon seulement, l'utérus se contracta de nouveau, l'hémorrhagie cessa et la malade guérit parfaitement.

Pendant la tentative de réduction on constata la participation du col à l'inversion, mais aussi une forte déchirure du col.

Inversion complète. (MILNE-MURRAY).
(Edimburg. med. Journ., 1875).

Femme de 40 ans, sept accouchements antérieurs ; accou-

chement régulier, expulsion naturelle du placenta. 24 heures après, inversion complète, qui s'élimina plus tard par gangrène ; guérit complètement après application de médicaments antiseptiques.

Inversion utérine spontanée. (FRITCHE).

Inversion utérine spontanée, ni pression sur l'utérus, ni traction sur le cordon ; l'inversion s'est faite par la rapidité de l'expulsion.

TRAITEMENT

Le traitement de l'inversion récente puerpérale sera d'autant plus efficace, qu'il sera appliqué plus rapidement, l'utérus se réduisant plus facilement quand l'inversion est récente. Il existe donc un rapport direct entre l'efficacité du traitement et la rapidité du diagnostic. Chaque heure de retard accroît la difficulté et après quatre ou cinq heures, suivant Denman, la réduction est souvent impossible. Le temps après lequel la tumeur devient irréductible, est variable suivant les cas et suivant l'expérience du médecin. Il y a aussi une grande différence suivant que le renversement est complet ou incomplet. On a même observé des cas où la réduction avait été spontanée quand il existait une simple dépression, et même lorsque l'inversion était complète ; mais de pareils faits ne doivent pas autoriser le médecin à retarder un seul instant les tentatives de réduction.

L'objet de notre travail étant une étude de l'inversion récente, nous nous occuperons seulement du traitement des cas aigus.

Le traitement de l'inversion récente, peut se diviser en palliatif et curatif.

Le traitement palliatif comprend tous les moyens à l'aide desquels on cherche à remplir les deux indications suivantes : 1° combattre et prévenir les hémorrhagies ; 2° éviter les tiraillements douloureux de la matrice, et les accidents inflammatoires qui en sont la conséquence.

Le traitement curatif comprend l'ensemble des moyens qui permettent d'obtenir la guérison de la malade. Le premier de tous et celui que l'on doit employer avant tout autre, et poursuivre avec insistance, c'est la réduction, c'est-à-dire l'ensemble des manœuvres chirurgicales qui permettent de ramener, dans sa position normale, l'utérus renversé. Nous nous insisterons assez longuement sur sa description, nous contentant d'énumérer quelques moyens plus radicaux qui suppriment le mal, en supprimant l'organe malade, mais qui s'appliquent surtout à l'inversion chronique. Nous indiquerons ensuite la conduite à tenir suivant que le renversement est incomplet ou complet, et qu'il s'est produit avant ou après la délivrance.

L'inversion étant la mise à l'envers du sac qui forme la matrice, la réduction est l'opération qui permet de rétablir le sac dans sa place et sa forme normales.

Au moment de l'accouchement, alors que le col est encore dilaté, cette réduction s'accomplit presque toujours sans grande difficulté, et on doit y recourir le plus tôt possible pendant même que l'on pratique encore la compression de l'aorte. La réduction immédiate est, en effet, beaucoup plus facile en ce

moment que plus tard, à cause de la dilatation et du relâchement du col. De plus elle contribue à la répression de l'hémorrhagie.

La réduction doit être complète, et il est indispensable, à mesure qu'on l'obtient, de s'assurer par le toucher, qu'on ne laisse pas au dessus du col une dépression du fond. La surveillance doit être continuée d'ailleurs, jusqu'à ce qu'on ait constaté les signes manifestes du retrait de la totalité de l'utérus. Si on soupçonne la simple dépression, par suite des symptômes hémorrhagiques ou douloureux, que nous avons indiqués plus haut, il faut la rechercher avec le doigt introduit dans le col et se servir du doigt introduit, pour le réduire.

La réduction rapide est absolument indiquée dans le 3^e degré, si les accidents généraux en laissent le temps, ce qui n'arrive pas toujours, comme certaines de nos observations, et notre observation personnelle, en font foi.

Quels seront les moyens qui nous permettront d'obtenir le redressement de l'utérus renversé?

Tout d'abord on fixera la partie non déplacée, c'est-à-dire le col, afin que l'action exercée sur la partie déplacée, ne se perde pas dans les mouvements de totalité imprimés à l'organe malade. L'application des moyens de fixation peut se faire par trois voies différentes, par l'hypogastre, par le rectum et par le vagin.

En second lieu il faudra obtenir le relâchement du col qui forme un véritable anneau de resserrement.

quelquefois d'étranglement, autour de la partie déplacée de l'utérus. L'anesthésie par le chloroforme, quand on a le temps, est le moyen le plus commode, en outre il supprime la douleur, relâche le muscle utérin lui-même et les muscles abdominaux. En principe, l'anesthésie devra être associée à toute tentative de réduction rapide.

Dès que l'inversion s'est produite, il faut enlever le placenta (nous parlerons tout à l'heure de cette indication) et tenter la réduction de la tumeur. L'utérus est saisi à pleine main, et il faut le faire repasser à travers l'orifice vaginal, cette opération peut être comparée au taxis dans la hernie. Elle en diffère essentiellement en ce sens, que le pédicule de la matrice n'est pas dépressible, que la tumeur est habituellement trop volumineuse pour qu'on puisse avec une main restreindre le volume du pédicule, pendant qu'on exerce avec l'autre main des pressions de bas en haut sur toute la masse utérine.

Il nous paraît de toute évidence, que le meilleur instrument est la main, introduite et dirigée avec prudence, après avoir été soigneusement enduite d'un corps gras. Burns (*The principles of midwifery*, London, 1843), conseille de chercher à pénétrer tout de suite, à travers l'orifice utérin, en saisissant doucement la tumeur entre les doigts, et la repoussant lentement en haut, vers cet orifice. Cette manœuvre peut être facilitée en repoussant la partie la plus saillante au fond de l'utérus, dans la direction de l'axe de cet organe, de façon à faire une inversion en sens opposé.

Radford (*Dublin Journal*, 1837) objecte à ce procédé que le fond de la matrice est, après l'orifice, la partie la plus irritable. Quand la lésion existe depuis peu de temps, la pression sur cette partie étant très douloureuse, amène des contractions et quelquefois une hémorrhagie, mais on peut saisir le corps de l'utérus et le comprimer.

La main après réduction, est dans la cavité utérine, il faudra se garder de la retirer aussitôt; on laissera aux contractions utérines le soin de l'expulser. On aura ainsi une garantie contre la reproduction de l'accident, on s'assurera également avant de retirer la main que la réduction est complète.

Une main doit être placée sur la paroi abdominale pendant que l'autre fait le taxis. Elle fixera l'infundibulum, formé par l'utérus retourné, sans exercer de pression énergique.

Avant toute intervention, il y a lieu de savoir si l'on a affaire à une inversion incomplète ou complète, car de cette donnée nous paraît découler deux procédés de réduction variables suivant le cas. Ce que l'on doit tenter de réaliser, c'est de faire parcourir à la tumeur le processus inverse de celui qui l'a déterminée : dans l'inversion incomplète, le renversement n'est pas achevé, la partie cervicale reste en quelque sorte dans ses rapports normaux. Au niveau du pédicule on trouve deux cylindres emboîtés, l'un cervical, l'autre formé par la partie inversée; on comprend donc qu'il sera facile, dans ce cas, de réduire la tumeur en agissant au niveau du col, à la façon classique de la réduc-

tion herniaire. Je m'explique : la main de l'opérateur après avoir préalablement et prudemment malaxé la tumeur pour la rendre plus souple, saisira cette dernière au niveau de son cylindre interne, qu'elle repoussera petit à petit dans la cavité cervicale non inversée, lui faisant ainsi parcourir en sens contraire les diverses phases de l'inversion.

S'il s'agit d'une simple dépression, on peut déterminer la réduction spontanée en excitant les contractions utérines, ou en pratiquant la réduction directement, en enfonçant la main dans la cavité, pendant que l'autre comprime l'aorte abdominale, pour combattre l'hémorragie presque constante. Cette pratique remplit sans perte de temps deux indications à la fois : 1° Par sa présence dans l'intérieur de la matrice, la main excite les contractions toniques de l'utérus ; 2° en sortant, elle ramène les caillots abondants qui en pareil cas remplissent sa cavité. On se gardera bien d'administrer du seigle ergoté comme excitant des fibres utérines avant l'introduction de la main. La réduction une fois faite, M. Barnes conseille d'injecter une solution faible de perchlorure de fer, pour resserrer les parois utérines et prévenir le retour de l'accident.

Nous croyons cette précaution inutile, pourvu que le chirurgien se souvienne que la récurrence a été observée et qu'il se tienne sur ses gardes. On ne devra jamais quitter la malade avant de s'assurer qu'elle ne perd pas de sang, et que le fond de l'utérus ne descend pas trop au dessous de l'ombilic, et qu'il rappelle par sa consistance le globe rassurant des accoucheurs.

Lorsqu'on a laissé écouler quelques heures, sans réduire la simple dépression, l'orifice du col s'est resserré : on surmontera cet obstacle en dilatant le col progressivement, d'abord avec les doigts réunis en cône, puis avec la main entière.

En résumé, vouloir tenter la réduction en agissant sur le fond de l'utérus, en le déprimant en cul-de bouteille, c'est vouloir former au niveau du col un troisième cylindre, et partant augmenter les difficultés. Cette conduite qui paraît ici peu rationnelle, semble au contraire être le procédé de choix de l'inversion complète.

Ici, en effet, la cavité cervicale est complètement retournée, il n'existe qu'un seul anneau au niveau du pédicule, au travers duquel doit repasser toute la tumeur ; or le moyen qui paraît le plus facile est évidemment celui qui consiste à déprimer le fond de l'utérus pour l'engager dans le cylindre cervical et le repousser ainsi jusqu'à réduction complète.

En résumé, nous pensons que la réduction par refoulement du fond de la matriée, est le procédé de choix dans l'inversion complète, que la réduction par taxis comme nous l'avons décrite, conviendra aux inversions incomplètes. Lorsque la striction au niveau du col opposera un obstacle à ces manœuvres, des incisions libératrices faciliteront la réduction.

Dans beaucoup de cas, le placenta reste attaché à l'utérus inversé ; et à ce propos, les auteurs ont beaucoup varié d'opinion, quant à l'opportunité qu'il y aurait à l'extraire avant d'opérer la réduction.

Baudelocque, Gardien, Capuron, Boivin et Dugès, Radford et d'autres recommandent l'extraction. Ils se basent sur les considérations suivantes : 1° si le placenta est adhérent, son décollement sera bien plus difficile après la réduction ; 2° la réduction est par elle même assez difficile, pour qu'on n'y apporte pas de nouveaux obstacles, en ajoutant à la masse de l'utérus celle du placenta ; 3° en procédant avec promptitude, on n'aura pas lieu de craindre que l'hémorrhagie puisse devenir mortelle.

Denman, Clarke, Burns, Carus, Newnham, Blundell, Gooch, émettent une opinion diamétralement opposée. La crainte de l'hémorrhagie est pour eux la raison qui les a décidés à ne pas enlever le placenta. Cependant, d'après Radford, dans aucun cas, la séparation complète du placenta n'a amené de résultat funeste. Les vaisseaux de l'utérus renversé sont aussi bien oblitérés que s'il était dans sa situation normale, et le placenta détaché.

Quand il y a hémorrhagie, elle se produit alors comme dans les cas ordinaires, sous l'influence d'une rupture ou d'une séparation partielle du placenta. Comme le plus grand dommage peut résulter de l'insuccès des premières tentatives, il est indispensable d'écarter tout obstacle pouvant s'opposer à la rapidité de l'opération et, par conséquent, d'enlever le placenta.

D'après Denman, Carus, Siebold, Newnham, le seul point pratique qui paraisse devoir soulever un doute dans l'esprit du médecin, c'est l'adhérence du

placenta. En pareil cas, si ce dernier est en partie décollé, nous croyons qu'il serait convenable d'en déterminer la séparation avant de faire des tentatives de réduction, mais si le placenta était adhérent dans toute son étendue, il vaudrait mieux réduire la tumeur utérine avant de procéder à l'extraction du délivre. La raison de cette manière de voir est que pendant qu'on cherche à enlever le placenta, l'orifice se contracte avec énergie et les difficultés de l'opération, augmentent considérablement, ce qui pour la malade entraînera plus d'inconvénients que la rétention du placenta. Un traitement approprié à ce dernier cas, amènera en effet des contractions utérines régulières qui sont l'espoir du médecin et le salut de la patiente.

En résumé, nous pensons qu'en règle générale l'extraction devra être faite dans tous les cas, car elle n'expose pas la patiente à une hémorrhagie mortelle, ou du moins elle ne l'y expose pas plus que dans la délivrance normale. Cependant, si l'adhérence placentaire était extrême, on pourrait réduire en masse sans craindre les accidents de la rétention, pourvu toutefois que l'on institue un traitement approprié.

Quand on peut craindre l'étranglement de la tumeur par les fibres circulaires du col, ou bien si cette constriction constitue seulement un obstacle à la réduction, on a conseillé de diviser cet anneau au moyen du bistouri. Il va sans dire qu'on videra préalablement la vessie et le rectum.

Les tentatives de réduction sont généralement suivies de succès, cependant, elles restent quelquefois

inefficaces. On peut se trouver gêné par le volume de la tumeur, sa dureté, l'étréitesse du col et du vagin ; dans ce cas, l'usage d'un repoussoir a été recommandé (Viardel, White et Buffalo).

En cas d'hémorrhagie, la compression digitale de l'aorte sera de toute nécessité.

La réduction opérée, l'administration de l'ergot de seigle, des injections chaudes, le tamponnement à la gaze iodoformée, l'usage des toniques constitueront de précieux adjuvants du traitement.

Nous croyons superflu de recommander dans toutes ces manœuvres l'antisepsie la plus rigoureuse.

La réduction a été inefficace, quelle conduite tenir ? faudra-t-il laisser les choses en l'état et espérer que l'inversion passera à l'état chronique ? faudra-t-il amputer la tumeur ?

L'inversion non réduite présente ordinairement un pronostic grave et l'état du malade paraît si compromis qu'il faut avoir une certaine audace pour assumer par une opération *in extremis* la responsabilité d'un insuccès.

Cependant cette opération a été tentée. Si elle a été le plus souvent suivie de mort, cette terminaison fatale n'a pas été constante, et il existe une dizaine d'observations où la guérison s'en est suivie. Elle s'imposerait d'ailleurs dans le cas où la malade survivrait quelques jours, la masse utérine inversée présentant de la gangrène. Dans ces opérations on a indiqué que la section des artères utérines et utéro-ovariennes était suivie d'hémorrhagies assez graves. Il faudrait

donc pratiquer d'abord la ligature soit en masse, soit en morcelant la tumeur, avant de pratiquer la section.

Le traitement des cas chroniques, qui sont plutôt du domaine de la chirurgie que de l'obstétrique, comprend une série de procédés sur lesquels nous ne pouvons insister.

Les méthodes de réduction ont été divisées en procédés de force et en procédés de douceur. Les premiers comprennent le taxis manuel ou avec un instrument, ce taxis peut se faire en réduisant en masse ou en s'adressant à chaque corne séparément, comme l'a conseillé Noggerath. Courty pratiquait le débridement du col par deux ou trois incisions longitudinales. Gaillard Thomas préférait réduire par la voie péritonéale après laparotomie.

Les procédés de douceur très recommandables, sont l'emploi du pessaire à air ou du colpeurynter, plus en faveur à l'étranger, et le tamponnement à la gaze iodoformée.

Si malgré la mise en pratique de ces moyens, la réduction est impossible, l'ablation de la partie inversée sera légitime, l'amputation à l'aide de l'écraseur linéaire, la section à l'acide de l'anse galvano-caustique ayant été justement abandonnées, le chirurgien aura le choix entre la ligature à traction élastique introduite par M. Périer, et l'hystérectomie vaginale partielle ou totale (Pozzi).

En résumé deux indications dominent dans le traitement de l'inversion récente puerpérale, *l'une pro-*

phylactique: surveiller très attentivement la malade quand elle présente de l'inertie utérine, et ne jamais faire de tractions intempestives sur le cordon, qui peuvent compléter l'inversion, *l'autre thérapeutique*: arriver rapidement à un diagnostic certain et pratiquer la réduction immédiate, généralement après extraction du placenta.

CONCLUSIONS

L'inertie utérine accompagnée d'une dilatation suffisante de l'orifice cervical est la condition essentielle de l'inversion.

La paralysie de la région placentaire, est le point de départ de l'invagination. Cette paralysie serait due à la trop grande distension de la fibre musculaire, dans les cas de grossesse gémellaire, d'hydramnios, ou de gros enfant.

La partie paralysée s'affaisse et vient faire hernie dans la cavité utérine. Elle paraît être pour ainsi dire avalée par les contractions actives et irrégulières du reste du muscle utérin.

Les tractions intempestives sur le cordon, ne suffisent pas seules à produire l'inversion, tout au moins l'inversion complète. Elles la facilitent dans les cas où elle est inévitable, ou la complètent.

Les contractions abdominales énergiques, les adhérences extrêmes du placenta et des membranes, la brièveté du cordon, l'accouchement précipité, agissent dans le même sens, elles complètent l'inversion quand il y a inertie, mais ne la produisent pas seules.

Quand la paralysie du segment inférieur existe, l'expulsion spontanée ou l'expression du placenta

seront une cause plus favorable pour l'inversion que la traction sur le cordon.

L'inversion spontanée, par suite de contractions irrégulières existe, et achève le renversement utérin commencé généralement par paralysie de la région placentaire.

Le traitement de l'inversion récente puerpérale c'est la réduction de la tumeur, pratiquée le plus rapidement possible, avec ou sans le secours du chloroforme.

La réduction par refoulement du fond de la matrice est le procédé de choix dans l'inversion complète: La réduction par taxis, en agissant au niveau du col à la façon classique de la réduction herniaire, conviendra à l'inversion incomplète.

Si le renversement, s'est produit avant le décollement du placenta, il faut extraire ce dernier, ce procédé n'expose pas plus la patiente à une hémorrhagie mortelle que la délivrance normale, il est seulement douloureux.

Si l'adhérence placentaire est extrême, on peut réduire en masse, sans craindre les accidents de la rétention, pourvu toutefois que l'on institue un traitement approprié c'est-à-dire antiseptique.

Vu par le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine

